

地域中小医療法人の経営評価のフレームワーク  
ー 経営戦略と経営管理を軸としてー

2017 年 3 月

佐賀大学工学系研究科  
システム創成科学専攻

白木 秀典

# 目次

第 1 章 序論.....	1
1-1 研究の背景.....	1
1-1-1 中小病院と日本の病院経営.....	1
1-1-2 中小病院のおかれた経営環境.....	2
1-2 本論文の論点.....	3
1-2-1 中小医療法人の経営の先行研究にみられる論点.....	3
1-2-2 中小医療法人の経営を評価する視点.....	5
1-3 本論文の目的.....	6
1-4 研究の方法.....	7
1-5 COI 開示についての申告事項.....	7
1-6 論文の構成.....	7
第 2 章 急性期病院にみられる病床再編の動向.....	10
2-1 はじめに.....	10
2-1-1 大病院と中小病院の経営の違い.....	10
2-1-2 増えすぎた 7 対 1 病床対策.....	12
2-1-3 地域医療構想の策定.....	13
2-2 本章の研究手法.....	15
2-3 分析の結果.....	15
2-3-1 財務的分析の視点.....	15
2-3-2 経営戦略の変化の分析.....	20
2-3-3 DPC 病院の場合.....	23
2-3-4 収益性の変化のメカニズム.....	27
2-4 考察.....	31
2-4-1 7 対 1 病床の普及と抑制.....	31
2-4-2 今後の人材投資の考え方.....	34
2-5 小括.....	37
第 3 章 病院の経営管理指標の課題.....	39
3-1 課題の序論.....	39

3-1-1	現行の病院経営管理指標 .....	39
3-1-2	問題意識 .....	39
3-1-3	病院経営の特殊性 .....	42
3-2	病院の分類と指標の有用性 .....	43
3-2-1	病院の分類 .....	43
3-2-2	単純な平均値による指標の有用性 .....	45
3-3	統計的分析を伴う指標 .....	47
3-3-1	平成 25 年度の病院経営管理指標 .....	47
3-3-2	平成 26 年度の病院経営管理指標 .....	49
3-4	サンプルの問題 .....	49
3-4-1	サンプルの継続性 .....	49
3-4-2	医療法人にとってのベンチマーク .....	50
3-5	診療科別収支の指標 .....	51
3-5-1	平成 24 年度の厚労省の診療科別収支調査 .....	51
3-5-2	診療科別の収支の考察 .....	56
3-6	医療経営の収益性を決定づける 2 つの側面 .....	57
3-6-1	経営戦略と経営管理 .....	57
3-6-2	経営戦略の方向性を測る指標 .....	58
3-6-3	経営管理能力を測る指標 .....	59
3-7	小括 .....	60
第 4 章	病院経営を評価する経営管理指標の先行研究 .....	62
4-1	病院グループと類型化 .....	62
4-1-1	クラスター分析による類型化 .....	62
4-1-2	厚生連病院の分析 .....	62
4-1-3	済生会グループと国立病院機構グループの指標の研究 .....	67
4-2	外部要因と内部要因という考え方 .....	69
4-2-1	SCP 理論 .....	69
4-2-2	RBV (Resource Based View) .....	71
第 5 章	地域中小医療法人の経営を考えるフレームワーク .....	74
5-1	地域の中小医療法人の経営の収益性を考える .....	74

5-1-1	複合型経営による収益性の先行研究—その 1 .....	74
5-1-2	複合型経営による収益性の先行経営—その 2 .....	74
5-2	鍵となるフレームワーク .....	75
5-2-1	アドバンテージ・マトリックス .....	75
5-2-2	分散事業とその対策 .....	77
5-3	中小医療法人にとっての経営管理 .....	78
5-3-1	経営管理とは .....	78
5-3-2	経営戦略と経営管理の軸 .....	78
5-4	中小病院を運営する医療福祉生協法人の経営 .....	79
5-4-1	研究の対象と方法 .....	79
5-4-2	全体像からみた収益性との相関 .....	82
5-4-3	事業の比重からグループごとにわけた結果 .....	84
5-5	経営管理面での収益性との相関の分析 .....	88
5-5-1	経営管理を測る指標—その 1 .....	88
5-5-2	経営管理を測る指標—その 2 .....	91
5-5-3	経営管理を測る指標—その 3 .....	95
5-5-4	経営管理を測る指標のまとめ .....	96
5-6	フレームワークから見た良い経営の姿 .....	98
5-6-1	複合型経営の組織管理 .....	98
5-6-2	グループ毎の法人の経営の姿 .....	99
5-6-3	2つの軸からみた良い経営の姿 .....	100
5-7	小括 .....	101
5-7-1	中小医療法人の経営は分散事業 .....	101
5-7-2	中小医療生協の経営管理指標の相関分析（2010 年と 2011 年） .....	101
5-7-3	中小医療生協の 2 軸を使った指標分析（2013 年と 2014 年） .....	102
5-7-4	医療法人としての経営管理軸 .....	103
5-7-5	良い経営の姿 .....	103
第 6 章	結論 .....	105
6-1	中小病院を運営する複合型の医療法人の経営 .....	105
6-2	中長期の経営戦略と日々の経営管理の 2 つの軸 .....	106

6-3	良い経営サイクルへむけて.....	107
6-4	本論文の限界と今後の課題.....	108
6-5	謝辞 .....	108
参考文献	.....	109

## 第 1 章 序論

### 1-1 研究の背景

#### 1-1-1 中小病院と日本の病院経営

本論文は日本の医療機関の中でも、特に「中小病院を経営する民間の地域の医療法人（以下中小医療法人と略す）」の経営評価のフレームワークについて研究したものである。

ここでいう中小病院とは 200 床未満の主として一般病床（精神病床や感染症病床、結核病床ではない）をもつ病院のことで、一部は療養病床を含むケースも含む。この 200 床未満の中小病院は日本の病床の 70%弱を占める最大の 카테고리である<sup>1</sup>。また病院を開設者別にみると、医療法人は日本全体の病院の開設者として 55%を占め最も多く、その平均の病床数は 149 床であることからして、最大の中小病院の担い手である。こうした中小病院の患者の診療圏は大病院に比べると狭く、約 80%の患者が 5 キロ圏内から来院しているとされ、「地域（医療を担う役割）の病院」であるといえよう。

日本の医療業界では 2012（平成 24）年に「社会保障と税の一体改革」関連法案<sup>2</sup>が国会で成立したのち現在は大きな変革期にある。すなわち厚労省では団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年にむけて、医療と介護のサービス提供体制を大胆に機能分化させ、その間で連携の推進を図っていく方針であり、それ以前にロードマップとして図示されてきたイメージがいよいよ具現化の方向にある。

まず医療の中心となる医療提供体制については、日本では国際的に見て人口当たりの病床数が多いのに対し、病床当たりの職員数は少なく手薄な配置となっている。このため平均在院日数が長く、医療スタッフの業務負担も重い原因となっているといわれている。また、医療機能の専門分化が不十分で連携も不足しているため、必ずしも効率的なサービス提供体制になっていない。そこで県単位で進行しているのが、地域医療構想の策定であり、医療についてはまず一般病床を機能分化して絞り込み、急性期病院を高度な医療を提供する高度急性期病床と一般の急性期病床（構想の全体像ではこのほかに回復期病床と慢性期病床）にわけ、この分野へ資源を集中的に投入することで病床の回転率を上げて効率を高め、病床を増やさずに高齢化に対応しようとしている。この点では平成 18 年以降の制度創設時から、

---

<sup>1</sup> 厚労省の平成 27 年度医療施設調査にもとづく。

<sup>2</sup> 社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すもので、平成 24 年 8 月に社会保障制度改革推進の関連 8 法案が成立したことに始まる。

7 対 1 看護基準（単純化すると看護師 1 人に対する患者の割合が 7 人であり、現在の一般病床では手厚い看護の基準に属する）の急性期病床への予算が重点配分されてきた。

一方で介護・福祉を含んだ政策としては、高齢化に備えて居住系施設や外来での在宅医療を大幅に増加させるとしている。こうした医療・介護・福祉全体で高齢者を支える仕組みの中心となるのは「地域包括ケアシステム」である。地域包括ケアシステムとは、人口 1 万人の中学校区を地域対象としてそこに暮らす高齢者の在宅医療や訪問介護、予防や一時的な生活支援を様々な専門職種の地域連携ネットワークを通じて支える仕組みである。一体改革が、増大する年金・医療・介護・福祉などの社会保障給付に対してそれをまかなう財源がひっ迫することになる現在の国庫財政に対する対策として考えられており、そのための実地的な社会保障システムである。

図表 1－1 開設者別の病院数

#### 中小病院(200床未満)の開設者は医療法人が中心である

病院の開設者	施設数	構成割合	病床数	構成割合	1施設当たり 病床数
国	329	3.9%	129,981	8.3%	395.1
公的医療機関	1227	14.5%	320,843	20.5%	261.5
社会保険関係団体	55	0.6%	16,503	1.1%	300.1
医療法人	5737	67.7%	860,184	54.9%	149.9
個人	266	3.1%	26,075	1.7%	98.0
その他	866	10.2%	212,382	13.6%	245.2
病院	8480	100.0%	1,565,968	100.0%	184.7

出所：平成27年度 医療施設調査より作成

#### 1-1-2 中小病院のおかれた経営環境

こうした近年の病院の経営環境の中で、中小病院は診療報酬の配分という点では恵まれていない。日本の医療は看護基準だけでなく、より症状の重い患者を診る集中治療室、救命救急センター、そしてダヴィンチなど高額な医療機器を使う医療など、医療の進歩によりお金のかかる医療が次々とでてきており、資本力があり、患者の集まる大型の急性期病院を中

心にこのような高い機能をもつ医療が次々と取り入れられてきている。そしてより質の高い政策医療重視の方針でこの分野に予算が重点配分されてきた。

中小病院も 7 対 1 病床となった場合は、この点での恩恵を受けることになるが、平成 24 年頃より厳しくなってきた 7 対 1 基準の厳格化により、その基準の記事が難しくなっており、また入院基本料だけに頼っていたのでは以前ほどの収益を生まなくなっている。

そもそも中小病院では医療機能が高い所は少数派で、臨床研究の中核病院となっている所も少なく、研修医や通常の医師集めに苦労している。また看護師をはじめとする医療技術者の獲得においても不利であり、満足な医療機能の提供ができていないところ多い。したがって、中小病院は介護保険の誕生以降、伝統的に訪問看護ステーションや老人保健施設などの在宅医療や施設介護の分野へ進出する例が多かった。これなら高齢化に伴って市場の伸びる余地は大きいので、医療技術者の獲得は限定的に事業を拡大することができるように見える。そして事実今や中小病院の経営する医療法人はさらに居宅介護支援事業者やグループホームなど複合的に介護の分野へ進出しているところが増えている。

ただしこの分野は保険制度が異なり、介護保険、または福祉としての措置の分野である。介護保険は要介護度に応じて支払いの上限が決められ、その予算内で介護サービスの内容がケアプランで組み立てられるのであり、日常の「ケア」であり、治るまでどこまでも治療する上限がない「キュア」としての医療と保険の制度が異なる。そして、サービス業としての付加価値が低く、事業収益に対する費用は人件費割合が極めて高い。さらに介護事業は全国的に給与が低いといわれ、働き手が不足している。厚労省はこの問題に対処しようと従業者の処遇改善をするように特別の介護報酬をつけて政策的な誘導をしているが、思うように改善していないのが現状である。

地域医療構想の策定が本格化し、病院の機能分化が進むと、高度急性期ではない一般の病院は急性期、回復期、慢性期の医療をつかさどる役割を担う計画になっており、連携病院として、急性期医療から在宅への橋渡し、あるいは在宅では療養できない患者を一時的に診る機能を果たすことが期待されている。そして、地域の医療機関として、いわゆる地域包括ケアシステムの地域での医療の重要な担い手として期待されているのがこの中小病院である。

## 1-2 本論文の論点

### 1-2-1 中小医療法人の経営の先行研究にみられる論点

日本の病院の経営は、公定価格である診療報酬制度と密接に結びついており、その収益性



の動向が、診療報酬の改定率とその重点項目に左右される面は大きい。そして高度な急性期病院、大規模な急性期の病院は日本の医療をリードしているとともに、DPC 制度などの新しい診療報酬の枠組みの中で、標準化が進んでおり、なおさらである。そこでこれらを反映して、従来の日本の病院の経営についての研究は大きく分けて2つにわけられる。

- (1) 病院経営の収益性における診療報酬改定の影響を測定するもの
- (2) 大病院グループに対して病院の運営について、臨床指標（「医療の質」に関するもの）と収益性の関係について分析するもの

これらについては、第3章、4章で考察しているが、この論文で取り上げる対象は地域包括ケアの時代に地域医療に取り組み、在宅医療だけでなく、介護や福祉事業にも取り組んでいる複合的な経営の、中小病院をもつ医療法人の経営であり、これについて取り上げた研究は少ない。

そもそも複合的な経営の研究について日本では、二木[1998]の「保健・医療・福祉複合体」をはじめとする。これは当時現象として広まりつつあった医療法人による事業の多角化、すなわち複合度やその事業の種類についての広範な全国調査ではあるが、収益性などのそれぞれの経営の内部に踏み込んだものではない。

そこで多角化した医療法人の経営については、大野[2010]がある。これは経営を多角化させた法人はそれ以外と比べて黒字化しているのかどうかを調査したものである。そもそもこの研究は運営する病院の規模について限定していないが、データの制約上「黒字なのか赤字なのか」を中心に研究されたものである。中小医療法人にとって病院以外の事業への進出は経営戦略上大きな決断であり、それが経営収支にどのような影響をもたらすのかは当時としては重要な論点であったといえようが、この研究では明瞭な結論はでなかった。その要因としては経営形態の異なる医療法人を多角化という経営戦略が共通しているからとひとくくりにしたとしても、実は経営多角化よりも個々の医療法人の経営管理能力の差のバラつきの方が大きいからと推定される。また中小医療法人の経営が病院以外へも多角化されていることが当たり前になっている今日では、単なる経営戦略としての多角化の存否よりも、その内容の研究に進むことが求められている。

そしてこの点では、鄭ら[2009]の医療生協の財務指標の研究がある。これは全国の医療生協の財務諸表の分析を行って、「複合化した組織の形態の違いによる複合化の効果の差を検証」したものである。ここでは「複合体の方が医療単独よりも労働生産性が高い」「複合体の施設形態の差による特徴的差異はみられない。」といった結論が得られている。しかしこ

ここでは研究対象とした医療生協がすべて経営多角化していたので、比較する医療単独の事業体としては、医療経済実態調査から全く経営形態の異なる医療法人の集合（事業規模平均 17 億円）を用いざるをえなかった点が問題である。

その結果、大野[2010]と同じ問題が生じるはずであるが、ここで労働生産性の違いが結論づけられたのは、経営規模の違い、詳しくは運営する病床規模の違いが大きく影響したためであろう。多くの事業を複合的に経営する医療法人の中でも病院の事業規模は大変大きいので、事業規模の差は病院の事業規模であるとみてよい。ここで医療単独と比較された「施設型複合体」（急性期・療養病床＋老健＋在宅サービス）に分類される平均事業規模 60 億円の医療生協法人は、病床規模も大きく、この論文でのちに詳しく論じるがその医療機能も高く、診療単価も高いと想定され、それがその医療法人の経営戦略である。したがって労働生産性が高いのは当然であろう。これは複合化の効果の差を検証したものではなく、事業規模の違いを確認しただけなのである。一方で「ミニ複合体」（急性期・療養病床＋在宅サービス）と名付けた、経営形態を同じくするが経営戦略上選択した施設の種類の異なる生協法人との差異は認められなかったわけである。この「ミニ複合体」の事業規模は 20 億円とあるので、事業規模が異なり、明瞭な差がでてよいはずであるが、そうした結論は得られていない。これは経営戦略上の差異よりも個々の医療法人の経営管理の差がでたせいであると考えられる。この研究ではデータが財務指標に限定されているので残念ながらその種の研究には至っていない。

## 1-2-2 中小医療法人の経営を評価する視点

医療法人の経営を研究する場合には、まず事業規模の影響と経営形態の違いを考慮する必要がある。規模について最も影響の大きいのは病院事業であり、それは病床規模やその病院の医療機能に左右される。これらを考慮せずにひとくくりで研究したとしても、実は単に規模による違いを確認しただけとなってしまう。また、医療法人では公益性が高く、営利の追求を第一義としないがゆえに、個々の事業体ごとの経営理念や組織風土の違いが経営戦略や経営管理の違いを生み、経営収支の違いに端的に表れることになる。従って異なる経営形態の医療法人の経営をひとくくりで研究対象とする場合も注意を要する。この点については、第 4 章でさらに言及している。

さらに先行研究で課題とされたのは、どのような事業形態に多角化するかという複合経営における経営戦略の一つの論点である。確かに介護老人保健施設に対する訪問看護ステ

ーションなど、施設系サービス対居宅系サービスとなると、異なる事業形態であり、一見収益性に大きな影響を与えそうであるが、明確な差異がでていない。思うに医療法人の場合は、病院事業の規模が大きく、インパクトが圧倒的であり、これまでの先行研究ではどの事業分野を選択するかという経営戦略は収益性の違いを生んでいないようである。むしろ違いは個々の経営管理によるものと想定される。

病院の経営管理をめぐっては、多くの病院経営管理指標が、医療機関の経営における一つの指針として普及しているが、病院の臨床機能についての指標が多く、特色が出やすい。経営管理の状態を表す指標はあっても特色が出にくい。そもそも多角化により病院だけではなく介護や福祉の分野に事業の範囲を増やしていくと、事業所の種類や数が増え、それにつれて当然多様な職員を抱えることになり、経営管理が一層複雑になる。それにもかかわらず、収益性を決定づける経営戦略と経営管理の2つの側面を同列に提示しているので、結果的に経営のベンチマークの指標としてわかりにくくなっているのである。

### 1-3 本論文の目的

本論文の目的は、中小病院を経営し、介護や福祉事業も複合的に展開している地域の中小の医療法人の経営を評価するための有用なフレームワークについて研究を行うことにある。その経営評価の基準としては収益性とし、具体的フレームワークとしては、経営戦略面と経営管理面の2つの側面から考え、単年度ではなく中期的に分析することで、それぞれの側面の決定要因となる指標とその影響度について考察を加える。

研究の結果として、収益性を決定づける要因を抽出することにより、適切な経営評価のフレームワークを提示し、「よい経営」とはどのような経営をすることなのかを結論づけてゆきたい。

それは、一般的にみられるような、診療機能の選択により診療報酬を反映してあらわれた「医療の質」を指す経営戦略的な要素以外に、経営管理、なかんずくサービス業として組織管理の巧拙の度合いについて、職員の就労意識、意欲の中にも踏み込むものである。

このようにこの論文は地域包括ケア時代の地域の中小医療法人の経営がいかにあるべきかについての重要な示唆を与えるところに意義があり、これまでに研究されたことのない新しい分野の課題を分析、考察しているものである。

#### 1-4 研究の方法

この研究の研究対象としては 200 床未満の中小病院を運営し、複合的な経営をしている医療法人であるので、日本医療福祉生活協同組合連合会の協力を得て、そこに加盟している医療生協法人の中で 200 床未満の中小病院を運営している法人を対象とした。今回医療生協法人を研究対象として選んだ理由としては、以下が挙げられる。

- ① 福祉や介護などの施設をもち、複合型の経営をしている。
- ② 医療生協として経営理念、経営に対する考え方、組織風土がある程度共通である。
- ③ 経営規模にバラつきはあるものの、地域で果たす機能が似通っている。
- ④ 組合員活動を通じて、地域包括ケアの考え方を古くから実践しており、

これからの地域の医療や介護を支えるモデル組織の一つと考えらる。

本論の第 1 章～4 章のフレームワークの構築段階での研究方法は、厚労省や日本医師会、日本病院会、全国公私病院連盟などの公開資料をベースとして動向を研究し、先行研究については公表論文や書籍を分析、考察した。そして第 5 章のフレームワークの実証研究としては、前述の日本医療福祉生活協同組合連合会から、200 床未満の病院を経営する医療生協法人（年度によって異なるが 32～38 生協）の 2010（平成 22）年～2014（平成 26）年の 5 年分の財務データや診療データの提供を受けて行った。さらに一部欠けている生協もあるものの、同様に職員意識調査のデータを得て分析を行った。これらのデータは外部には公表されておらず、個々の医療生協毎に研究協力、データ提出の同意を得て提供されたものである。さらに、同連合会の協力を得て、東北～九州にある医療生協法人の専務理事 9 人への現地での訪問インタビューを 2013（平成 24）年に行った。詳しい分析方法は、あらためて第 5 章で記述している。

#### 1-5 COI 開示についての申告事項

今回の研究に関して筆者は日本医療福祉生活協同組合連合会に対し研究目的でのデータの開示を依頼し、すでに平成 25 年 12 月にそれまでの研究についての報告講演を行っているが、この連合会との間に何ら開示すべき COI（conflict of interest）事項はない。

#### 1-6 論文の構成

この論文は文部科学省の科学研究費の助成を受けた基盤研究（C） 課題番号 24530422 「中小病院の複合的な経営の要点と課題：平成 24 年度～26 年度」の研究をベースとし、そ

れをさらに発展させる形で構成されている。中小病院をテーマに選んだのは、筆者が医業経営コンサルタント協会に登録しながら経営コンサルタントとして活動してきた、中小病院へのコンサルティングが発端となっている。

第1章はこれまで述べてきたように、この論文を書くにいたった問題意識について述べている。中小病院は日本の医療界で最も数の多いセグメントであるが、がんや救急医療など高度な急性期医療を行っていない場合は、診療報酬上厚労省の予算の配分からみると、もっとも恵まれていないセグメントであり、とりわけ経営努力が必要なセグメントである。

第2章は最近の一般病院の経営における大きな流れである、7対1病床の削減とそれに付随して起きているビジネスモデルの転換の動きとその影響について論じている。これは病院経営の特殊性を概観する意味をもっており、後述の病院の経営管理指標の性格、なにかなく経営戦略を考察する上で重要なパートである。このパートの関連論文は、2016年3月に保健医療経営大学の紀要第8号への投稿「転換期を迎えた病院の経営」と佐賀大学経済論集への投稿「7対1病床の経営モデルからの転換」がある。同種のテーマでは2016年9月に第54回日本医療・病院管理学会学術総会（東京医科歯科大学）において「ダウンサイジングの発想が求められる7対1病床からの転換」として報告を行った。

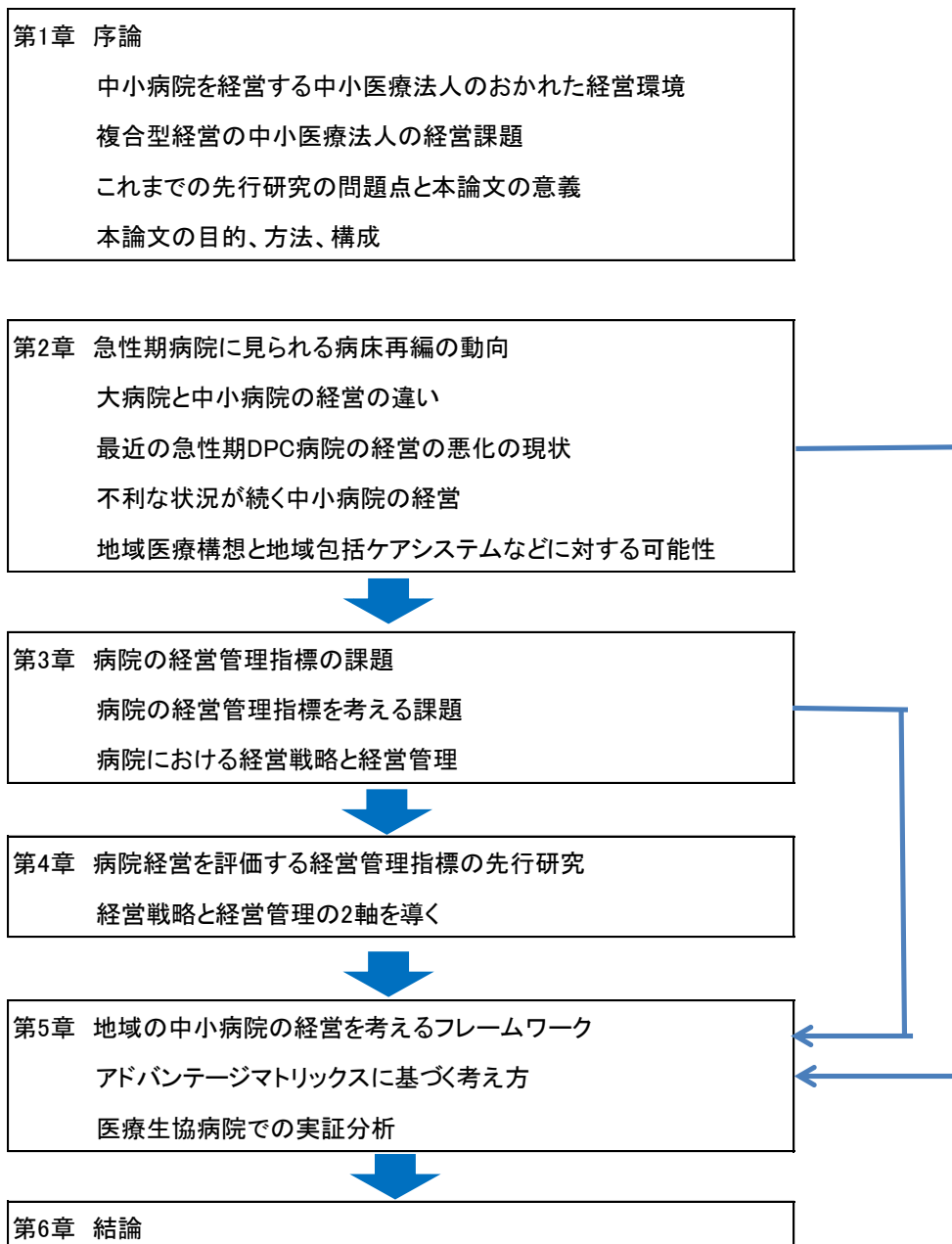
第3章は病院の経営管理指標をめぐる基本的な問題点について考察したもので、これは佐賀大学経済論集への投稿「病院の経営管理指標の課題」からその一部をベースとしている。ただしこの第3章では特に厚労省の委託事業である病院経営管理指標や診療科別の部門別収支計算の試みを考察の対象としている。これまでのこの研究は保健医療経営大学の経営セミナーで2012年と2014年に報告しているが、近年では2015年12月に九州大学大学院の第85回会計リサーチ・ワークショップで報告を行った。

第4章はさらに進んで病院の経営管理指標の研究者による先行研究について詳しく考察を加えたものである。この一部は先の佐賀大学経済論集に投稿している内容がベースとなっているが、2016年8月における会計学サマーセミナーin九州2016（鹿児島短期大学）において報告し、討議を経たものである。

第5章は本論の主題である「中小病院を運営する地域の中小医療法人の経営と経営管理指標」について、日本医療福祉生活協同組合連合会の協力によりオリジナルのデータの提供を得て分析したものである。関連論文としては保健医療経営大学の紀要第7号の「複合型経営の中小医療法人の経営を考えるフレームワーク：医療生協法人の収益性と経営管理の考察」がある。この分野の初期の研究は2013年9月の第51回日本医療・病院管理学会（京

都大学)で報告を行い、そのあと発展させた研究内容は2015年11月に第14回日本医療経営学会(東京ガーデンパレス)で報告をしたものである。最近では2016年10月に京都大学経営管理大学院における管理会計研究会において報告と討議を行い、多くの示唆を得た。第6章は結論であり、それまでの議論をまとめている。

## 本論文の全体の構成



## 第2章 急性期病院にみられる病床再編の動向

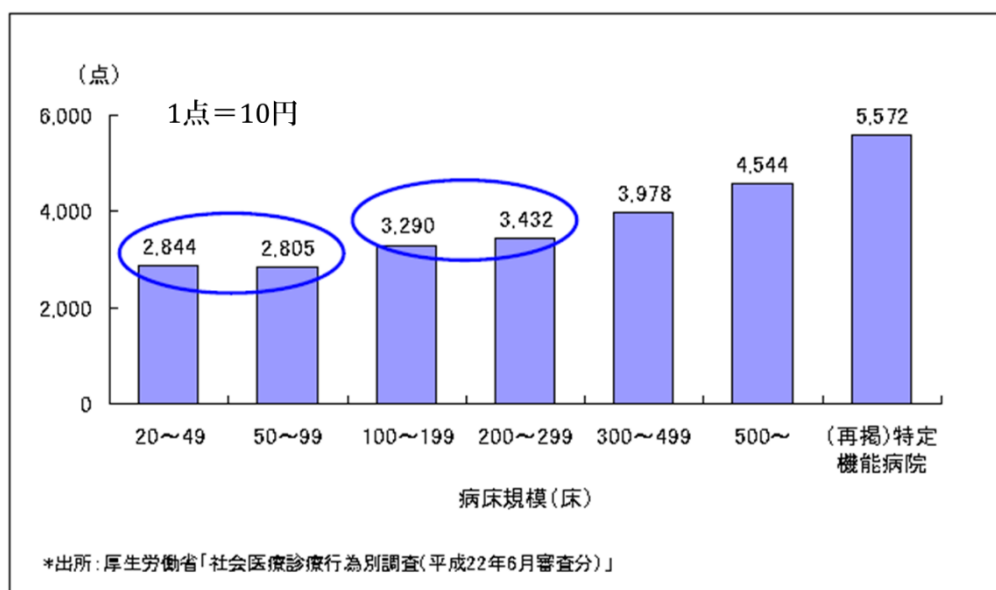
### 2-1 はじめに

#### 2-1-1 大病院と中小病院の経営の違い

本論文では地域の中小病院を経営する医療法人を研究対象とするが、その病院は 200 床未満の病床であり、一般的には急性期としてもそれほど医療機能が高くない病院である。本章では日本の医療機関の中で急性期医療をになう 200 床以上の大病院の動向を振り返ることで、日本の医療の現状と医療業界の特性を考察していくのであるが、その前にここで前提として、大病院と中小病院の機能の違いについて触れておきたい。

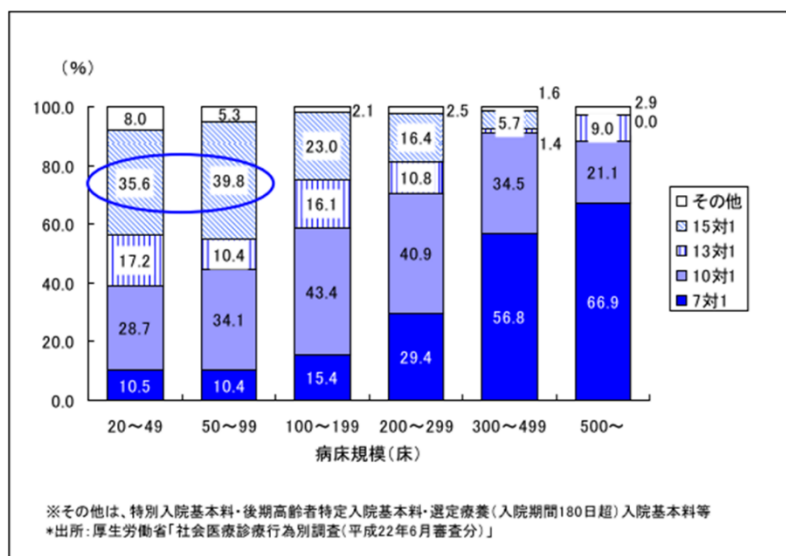
一般病院の場合、その医療機能はおおよそ病床規模別に違いがでていると考えてもよいであろう。たとえば日医総研[2011]ではこの点について病床規模別の分析を行っており、医療機能を表す（患者一人）1 日当たりの入院点数は病床規模が大きくなるにつれ、図表 2-1 にみられるように高くなっており、診療報酬のしくみに基づいて、病床規模の大きな病院ほどより質の高い、高度な医療を行っていると考えられる。反対に 200 床未満の病床規模の病院の場合は、1 日 3,000 点前後、すなわち 3 万円前後ということになる。これは、図表 2-2 にみられるように、看護師の配置基準に基づいた入院基本料の違いによるし、また高度な手術の実施能力などの診療機能の高さの違いを反映している。

図表 2-1 一般病院の 1 日当たりの入院点数

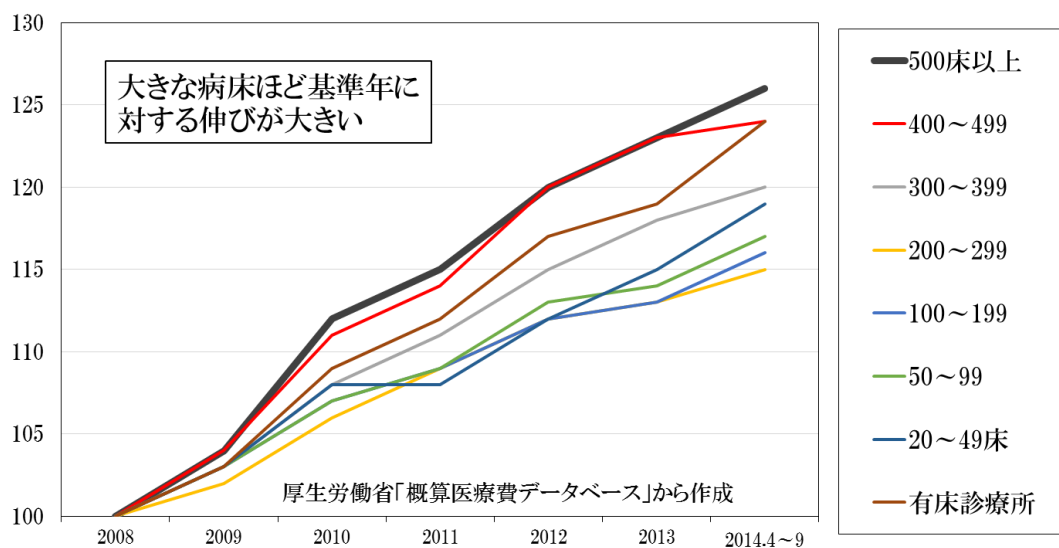


出所：日医総研「病床規模別にみた病院の現状」日医総研ワーキングペーパーNo.238、2011年7月26日

図表 2－2 一般病院の規模別入院基本料の内訳（D P C 除く）



図表 2－3 規模別の入院 1 日あたり医療費の推移（2008 年＝100）



出所:日医総研「2014年度診療報酬改定後の医療費の動向」日医総研ワーキングペーパーNo.336、  
 2015年3月19日をもとに、あらたに作成

また 200 床未満の中小病院の場合は、そもそも単価の高い 7 対 1 入院基本料の割合が低いのである。さらにこの章で後述するが、2008 年以降の診療報酬の重点の置き方はより高

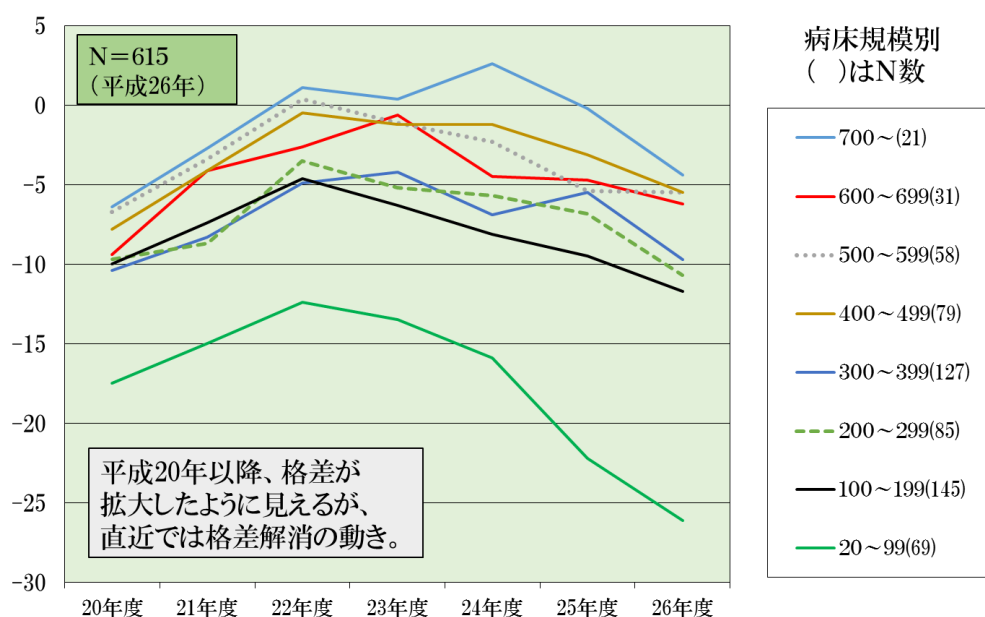


度な医療への配分となっており、図表 2－3 にみられるように病床規模の大きな病院の方が、医業収益（売上）の伸びが高い状態が続いてきたのである。

その結果、規模別に医業利益率の動向をみると平均値ではあるが、図表 2－4 にみられるように、平成 20 年度以降は規模の大きさに従ってほぼ医業利益率の高低が決定される状況となった。すなわち、200 床未満の中小病院は、診療機能という点では低く、高度な急性期病院は少ないので、病床当たりの収益（売上）は低い。長期的にも人材の確保や設備投資という投資の面では不利な状況であり、経営収支の状況は利益率に関しては、平均値ではあるが病院経営のセグメントの中では低い部類に属するのである。

このように病床規模でみた場合、大病院と中小病院では経営環境が異なる。そこで中小病院を経営する医療法人としては、低い利幅を前提に、経営収支の黒字確保、経営の多角化などを模索することになるが、この点については第 5 章で述べることとし、この章では急性期病院を中心に日本の医療の現状と医療業界の特性を分析、考察してゆきたい。

図表 2－4 病院の病床規模別の医業利益率の推移（各年 6 月の調査）



全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査」より作成

## 2-1-2 増えすぎた 7 対 1 病床対策

平成 28 年度に入って、各都道府県では地域医療構想の素案が次々と公表されつつある。地域医療構想とは平成 26 年 6 月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、団塊の世代

が 75 歳以上になる 2025 年（平成 37 年）に向けて医療提供体制を再編するために、各都道府県が医療機能ごとに 2025 年の医療需要と必要病床数を推計し、目指すべき医療提供体制を構築するための施策を定めるもので、平成 30 年からの新しい医療計画に盛り込まれる予定である（厚労省のガイドライン[2015]）。この地域医療構想は 2025 年にむけて「医療提供体制を再編」し、地域ごとにシームレスに医療と介護を提供する地域包括ケアシステムを構築していく基礎となるもので、増えすぎた急性期病床である 7 対 1 病床の削減が争点となっている。

7 対 1 病床は平成 18 年度から新たに創設された、最も看護師の配置が多い（患者 7 人に対し常時 1 人の看護師が配置される）、医療の質の高い入院基本料の基準であり、当初は全国で 6～7 万床程度の計画であったが急速に普及し、平成 26 年には全国で 38 万床と日本の一般病床の 40%以上をしめ、最も病床数が多く過剰であるといわれている（武藤[2013]）。この病床は急性期医療にとっては必要な機能をもつが、その医療費は高額とならざるをえず、「高コスト・高収益モデル」である。厚労省としては増加している医療費の抑制のためにも、今後必要となる病床機能とのミスマッチ解消のためにも削減が必至と考えてきた。そこで、平成 20 年以降「重症度・看護必要度」基準の導入や平均在院日数基準の短縮などを行って、16～20 万床規模での削減を目指して次々と政策を実施してきた。そして病床転換の受け皿の一つとして、平成 26 年度の診療報酬の改定では地域包括ケア病床（病棟）が創設され、規模的にはわずかではあるが、徐々に 7 対 1 病床の転換のスタートが切られている。しかし、こうした 2 年ごとの診療報酬の改定時の施設基準の厳格化による漸進的な削減では、目標とする 2025 年までの大幅な削減（転換）にはほど遠い。ここに地域医療構想により、抜本的に全国一斉に医療提供体制を変革しようする意味がある。

### 2-1-3 地域医療構想の策定

地域医療構想とは、現状の病院毎の医療機能がわかりにくいとの前提にたち、各医療機関が現在と将来に担う医療機能を選択して報告する病床機能報告制度をもとに、構想区域（現行の二次医療圏を原則とする）毎に新たな病床機能の量を設定し、更なる機能分化と連携を推進して効率的な医療提供体制を策定していくものである。これは平成 26 年 6 月の医療介護総合確保推進法に基づくもので、平成 25 年 8 月の社会保障制度改革国民会議の「報告書[2013]」を踏まえて、「病院完結型」から「地域完結型」へと、将来へ向けた大きな医療の考え方の転換をめざしたものである。

現状は各都道府県で二次医療圏を原則とした新たな構想地域における、地域医療構想の「素案」が各県で提示されている段階である。それはまずガイドラインに従って、将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に、地域における医療ニーズを予測する作業から始まる。そして、新たに「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの分類<sup>3</sup>に沿って報告された病床機能を基に、医療提供体制がそれに合致しているかどうかを検証した上で、地域事情に応じた将来の医療・介護サービス提供体制の新たなモデル像を描く作業である。構想地域によって異なるが、日本全体でみれば地域に偏在する過剰な機能の病床の再編、削減ととらえられており、素案の段階ではたとえば「急性期病床が〇〇床過剰」「回復期病床が〇〇床不足」と表現されている。

ただしその素案の策定の後、地域ごとに「地域医療構想調整会議」において地域の実情に応じて「幅広い視点で地域医療を捉える」とされており、そこで「各医療機関の病床機能の地域での位置付けの把握」や「各医療機関の役割分担の明確化」が行われる予定で、病床再編が計画通り順調に進むとは限らない。

日本医師会の見解によれば地域医療構想で懸念されるのは「財政再建のための聖域なき見直しを錦の御旗にして、現状を無視して無理な病床削減を行う」ことであり、「医療は地域の安心を支える重要な社会的共通資本である。」以上、それでは、「地域の医療は崩壊しかねない。」という点である。「したがって、病床削減は地域医療構想の目的ではない。（中略）病床機能別の患者数を推計した結果をもとに、各地域の医療のあり方を考えること、これが地域医療構想の本来の目的である。」としている（日本医師会病院委員会[2016]）。これを反映してか地域医療構想にも「医療機関の自主的な取組」と「地域の実情に応じた」の記述が多い。厚労省による「ガイドライン」の最終案も結局各都道府県が地域医療構想を策定する際の「参考」と位置づけられているに至っており、急速に病床の転換が進むとは考えにくくなっている。

筆者は別に急性期病院に到来している経営の転換期について、最近の決算データにもとづく分析の報告（白木[2016]）をしたが、この章では、特に7対1看護基準の病床創設の平

---

<sup>3</sup> この4つの分類と厚労省の「病床機能報告制度マニュアル」（平成27年8月）によれば、「高度急性期機能」とは「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能」、「急性期機能」とは「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」、「回復期機能」とは「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」、「慢性期機能」とは長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能」と定義されている。  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryoku/byousyokukinou/dl/h27\\_houkoku\\_manual.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/byousyokukinou/dl/h27_houkoku_manual.pdf)（オンライン引用日：2016年6月10日）

成 18 年以降の医療機関の経営内容の中長期的な変化について焦点をあてて分析を加え、急性期病院の戦略的な経営の変化を実証的に考察してゆきたい。

## 2-2 本章の研究方法

ここでは以下の公開資料を基礎として行っている。すなわち健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）総会、そしてその中の診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会や DPC 評価分科会における公表資料、同省の委託調査による医療経済実態調査（医療機関調査）、公益社団法人日本医師会の総合政策研究機構によるワーキングペーパー、一般社団法人である全国公私病院連盟と日本病院会による 病院運営実態分析調査、独立行政法人福祉医療機構（WAM）のリサーチレポート、内閣府の年次経済財政報告などの公開資料である。そしてこれらを組み合わせて分析を行い、考察を加えた。

## 2-3 分析の結果

### 2-3-1 財務的分析の視点

#### 2-3-1-1 診療報酬の改定率の影響

平成 19 年度以降の一般病院の収支の動向は、全国平均でみると、図表 2-5<sup>4</sup>にみられるように平成 20 年以降 22～23 年までは右肩上がりに好調であったが、そのあとは一貫して下降の傾向を示してきた。

医療機関の決算は、診療報酬の改定率や国民医療費の伸びに大きく影響を受けると考えられる。診療報酬とは保険医療機関及び保険薬局が保健医療サービスに対する対価として受け取る報酬で、「技術・サービスに対する評価」と「物の価格評価」から構成され、1 点 10 円の基準で点数化されている。そしてこれは 2 年に一度改定されるので変化が大きい。そこで各年の診療報酬の改定年度の改定率の要素分解と医療費の伸びとその要因分解を、厚労省の医療費の動向[2015]をもとに分析してみると、図表 2-6 のように分解される<sup>5</sup>。

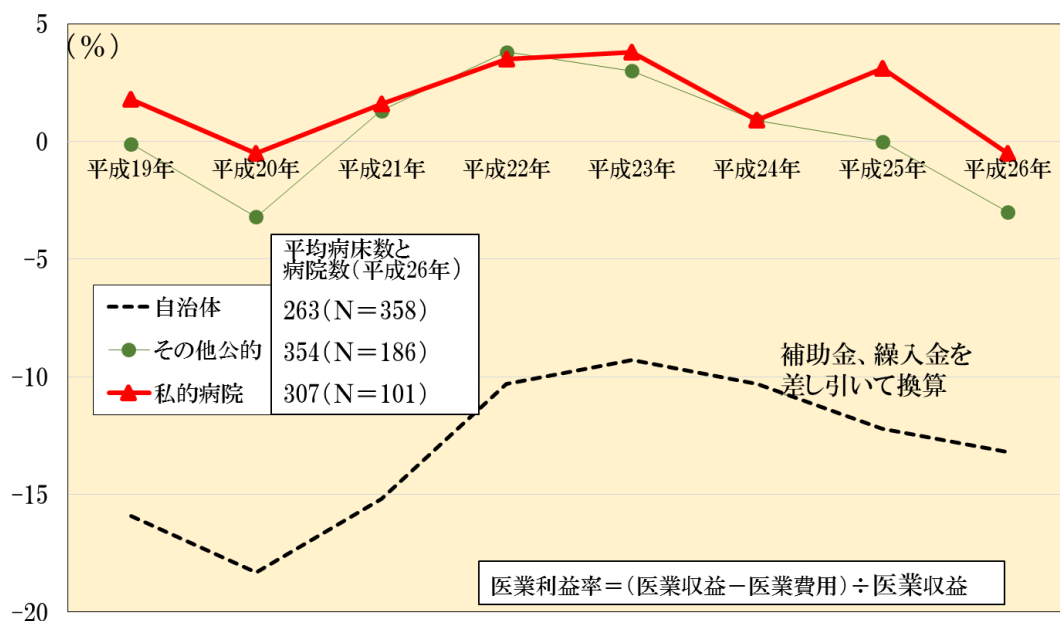
---

<sup>4</sup> 一般社団法人全国公私病院連盟と一般社団法人日本病院会による「病院運営実態分析調査の概要」の各年度から作成した。<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/2/>（引用日：2016 年 6 月 10 日）

<sup>5</sup> 厚生労働省、第 91 回社会保障審議会医療保険部会資料、参考資料 4 「平成 28 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）に関する参考資料」、平成 27 年 11 月 20 日。  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf)  
（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）

まず診療報酬改定率は小泉政権（平成 13 年～18 年）下の医療制度改革と平行して総額では平成 14 年度からマイナス改定が続いていたが、平成 20 年度に総額ではマイナス 0.82% ではあるものの、本体部分で 10 年ぶりに 0.38% のプラスに転じた<sup>6</sup>。本体部分とは、医科、歯科、調剤（薬局）むけの診療報酬のことであり、医師の技術料や医療従事者の人件費が含まれており、医療機関の決算においてはこの部分が最も大きな影響を与えることになる。

図表 2－5 病院の開設主体別の医業利益率の推移



註：「自治体」には地方独立行政法人立の病院を含む。 私的病院は医療法人が中心  
 「その他公的」とは、日赤・済生会・厚生連・社会保険関係団体等の開設する病院

全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査」より作成

平成 20 年度の改定における主要項目は産婦人科、小児科、救急医療への手厚い点数であり、この年度にはその影響は直ちには表れてはいないが、平成 21 年度には収支は改善している。また、その次の平成 22 年度の改定では、総額では 0.19% のプラス、本体部分では 1.55% のプラスと近年では大きなプラス改定となり、平成 22 年度、23 年度以降の大幅な収支の改善につながっている。そして平成 26 年度は全体で 0.1% のプラス（消費税対応分を

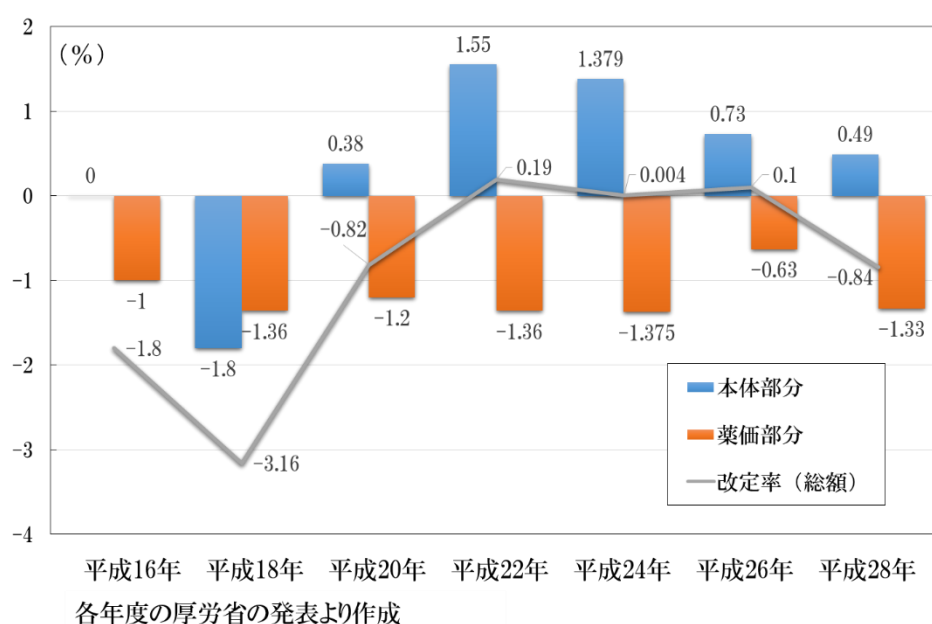
<sup>6</sup> 総額とは本体部分と薬価部分の合計のこと。本体部分とは、医科、歯科、調剤（薬局）むけの診療報酬の公定価格であり、薬価とは保健医療機関で処方される医薬品の公定価格である。薬価はこのところ毎回マイナスであり、この年もマイナス 1.2% であった。本体部分と薬価部分を合わせて診療報酬全体を構成する。

除く)であるが本体部分で0.73%とその前の平成24年度の半分程度の伸び率に抑えられたので、平成26年度の収支としては極めて低くなっている。

この診療報酬の改定は中央社会保険医療協議会の答申に基づき最終的には厚生労働大臣によって決定される(健康保険法第82条)が、まず総額の改定率については財務省と社会保障財源に関する折衝がベースとなり、様々な利害関係団体との調整を経て政治的な決着となるのが通例である。一方のその財源の配分については、毎回の改定の際に「重点課題」や「改定の指針」が厚労省によって設定されてその企図する医療政策が反映されており、経済性のメリットを示して望ましい医療へ誘導することが目的となっている(森田[2016])。

厚労省が政策として改定の際に毎回重点とする項目には、「新しい、より医療の質の高い基準」を設定し、より高い点数を設定するかわりに、従来の基準の点数を下げていく方式が多く、同じ医療サービスのままでは、改定のたびに収入が減るように設定されていく傾向にある。そこで、医療機関としては経営努力により、改定直後には対応できないまでも半年、1年後にはより上位の医療サービス体制に組織を対応させていく必要がある。従って改定年度には収支が落ち込む所が多いが、翌年には改善するパターンが通例である。特に私的病院(医療法人が中心)では平成20年→21年、平成22年→23年、平成24年→25年にこの傾向が見て取れる。このようにマクロ的に全体の収支を平均値でみると、診療報酬の改定率の影響を大きく受けているのが医療機関の決算の傾向である。

図表2-6 診療報酬の改定率とその要素の分解



### 2-3-1-2 医療費の伸びの分解

平成 25 年度の国民医療費[2015]は対前年で 2.2%伸び、40 兆 610 億円に達している。この内訳は診療報酬という対価と符合し、診療種類別にみると内科診療（71.8%）、歯科診療（6.8%）、薬局調剤（17.8%）、そしてその他（入院時食事・生活医療費などで 3.6%）となっている。最も比重の高い内科診療はさらに入院医療費（37.4%）と外来医療費（34.4%）に分けられる。

この国民医療費は医療機関にとっては報酬＝収益となるわけで、診療報酬が単価の設定であるとするなら、国民医療費はその単価に基づいて「どのようなサービスがどれだけの量提供されたのか」という「組み合わせと量」の結果を示すものである。

図表 2－7 医療費の伸びの要因分解

		平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
医療費の伸び率	①	0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%
診療報酬改定の影響 (消費税対応分を除く)	②	-3.18%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%
人口増の影響	③	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響	④	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%
診療報酬改定の影響 (消費税対応の影響)	⑤			-		-		-		1.36%
その他(①-②-③-④-⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等		1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%
制度改正		現役並所得高 齢者の3割負担		H20.4未就学 2割負担						H26.4 70-74 歳2割負担

注1:医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2:平成26年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成26年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3:「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

注4:平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

厚生労働省保険局「医療費の動向について」平成28年3月23日より作成

国民医療費はここ毎年 2%から 4%の間で伸びている。厚生労働省の公開資料によると図表 2－7 のようにその原因はやはりまず、2 年に一度の診療報酬の改定率の影響が考えられる。さらに高齢化や人口の変動の影響も考えられる。ただし高齢化の進展は常に 1.2%から 1.4%程度の医療費の増加をもたらしているが、人口の変動についてはこのところ人口の減少が始まっているので、常に 0.1～0.2%程度医療費の減少に寄与している。そしてこれらの

要素を除いたものが、「その他」の原因として毎年 1.5%～2.2%程度の医療費の増加の原因としてあげられている。具体的にはその内容は「医療の高度化」「患者負担の見直し」などが挙げられている。医薬品や医療機器の技術の進歩により高度な医療をもたらし、その高度な医療にはより高額な医療費がかかることは一定の合理的な理由があると考えられる。

一方でさらにこの「その他」の中には、前記の個々の医療機関の経営努力によるものも含まれていると考えるべきであろう。これはたとえば「より高い質の医療」を提供するために、人材や設備に投資した結果達成できる個々の医療機関の収益の増加の集積であり、戦略的な選択ともいえよう。そこで「その他」のみを独立して取り出すために、医療費の対前年対比の伸び率から、診療報酬の改定率、人口増減、高齢化率の影響（さらに消費税に対応する増加）を除いたものを計算すると、それは平成 22 年の 2.2%をピークに減少を続けて、近年では平成 26 年度 0.6%までになっている。これは厚労省の説明によると「医療費の高度化によるものとされるが、診療報酬改定時の想定以上の高い診療報酬が算定されたり、想定以上に高額の医薬品のシェアが高まったりした場合など、説明のつかないものをすべて含む」とされている。個々の医療機関の戦略的な経営努力による収益増加の余地が少なくなってきたことを示していると考えられる。

#### 2-3-1-3 損益分岐点的な観点からの考察

ここで医療費の伸びと、一般病院の収益性の関係を比べてみると、やはり年度ごと同様の関係を示し、医療費が伸びた年は収益性が高まり、医療費の伸びが抑えられた年は、収益性はぐんと下がる傾向にある。ただし、その関係はテコの関係に似ており、医療費の伸びでは小さな変化でも、収益性では大きな変化を生んでいる傾向にある。これは医療機関のコスト構造では、医療材料費などの変動費の割合は低く、人件費を中心とした固定費の割合が高いので、損益分岐点比率の考え方からいってもうなずけるところである。例えば独立行政法人福祉医療機構の報告[2015]によると、医療機関の損益分岐点比率は通常きわめて高く、平成 25 年度で 97.1%、平成 26 年度で 97.8%である。代表的な変動費である医療材料費率はそれぞれ 13.1%、13.2%でしかないが、代表的な固定費である人件費率はそれぞれ 56.9%、57.1%なのである。従って損益分岐点を超えた場合、売り上げである医業収益の増加に対する変動費の増加はわずかであり、同じ額の固定費の下では差引としての収益が高くなることになる。反面、医業収益が減少した場合は、逆のことが起こる。これが医業収益の変動以上に損益の幅が大きくなる医療業界の特色を示していると考えられる。



## 2-3-2 経営戦略の変化の分析

### 2-3-2-1 7 対 1 病床の創設

こうした財務収支の結果はどのような医療機関の基本的な経営戦略によるのだろうか。中心となったのは急性期病院で、特に平成 18 年度の診療報酬改定で 7 対 1 入院基本料が創設されたことであり、その後はこの入院基本料を中心とした戦略が大勢を占めることになった。

この年度の診療報酬改定の前提となる平成 17 年 11 月 25 日の第 24 回中央社会保障審議会医療保険部会で示された「平成 18 年度診療報酬改定の基本方針[2005]」を見ると、重点項目の一つに

「(2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」とあり、

- ・患者が早く自宅にもどれるようにすることで患者の生活の質（QOL）を高める
- ・医療機能の機能分化・連携による切れ目のない医療の流れを作る
- ・医療資源を集中的に投入することによりトータルの治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みを作ること

が必要であるとされ、「平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価」があげられ、そのための新しい診療報酬基準として 7 対 1 基準が誕生したのである。

それまでは 2 対 1（新基準で 10 対 1 に相当<sup>7</sup>）の看護配置基準の「一般病床入院基本料（平均在院日数 28 日以内）の 1」の категория が最も看護配置人数が高かったが、厚労省の調査 [2005] では実態上はこの基準の病院の多くはすでに 1.65 対 1 に匹敵するだけの多くの看護職員の配置を行っていた。これは、急性期の医療機関は 14 日以内等の短い入院期間に加算（診療報酬上の追加点）がつくことに対応して、短期で入退院を回転させて平均在院日数を短縮するために基準以上の手厚い看護師がすでに多くの医療機関で配置されていたことを示した。そこでこの実態を評価する形で平成 18 年度から、より上位の看護基準の病床が設けられたものである。その基準はさらに手厚い看護配置である 7 対 1 であり、旧基準では 1.4 対 1 に相当した。これにあわせて、夜間勤務などの看護加算が廃止され、夜勤に係る看護職員配置も昼間もあわせた全体の中で併せて評価されることになった。

---

<sup>7</sup> 平成 18 年度の診療報酬改定の際に、看護基準の呼び方がかわり、常時（24 時間）患者 10 人に一人の看護師が看護する体制のことを 10 対 1 と呼ぶこととなり、従来の 2 対 1 のこととされた。

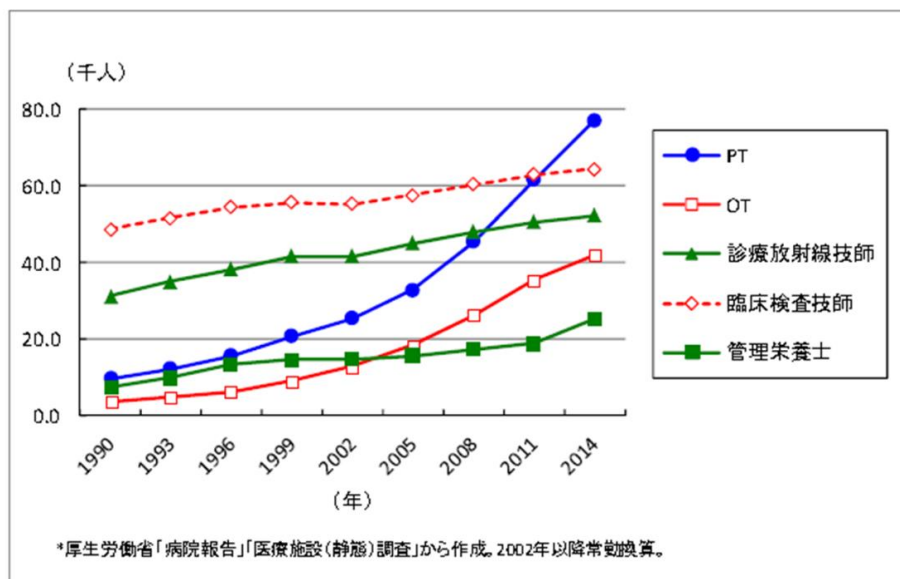
この結果 7 対 1 病床は特に診療報酬の伸びが高く、平成 23 年 6 月実施の第 18 回医療経済実態調査[2011]によると、平成 21 年 6 月から平成 23 年 6 月の間に 100 床当たりの一般病院の医業収益の伸びは、7 対 1 病床が 5.7%であるのに、10 対 1 病床はマイナス 2.7%、13 対 1 病床はマイナス 1.1%であった。そしてその一般病院の損益の差額の率は、7 対 1、10 対 1、13 対 1 の順に良いのである。

### 2-3-2-2 人材の投入による平均在院日数の短縮

こうした手厚い看護師の配置の背景には、厚生労働省による、急性期病院を中心とした医療機関に対し、医療技術者などの医療資源の重点的な投下により医療の質を高めながら、平均在院日数の短縮をはかり、超高齢社会における医療ニーズの高まりを、病床を増加させることなく、その回転率の向上という効率性のアップで対処しようとしてきた政策がある。

そして、民間の医療機関が多い日本の医療提供体制に対して、診療報酬制度で厚労省の目指す方向に誘導するために方向付けを行ってきた。その典型的な例が 7 対 1 看護基準の（初期の）導入であるわけである。

図表 2－8 病院・一般診療所における医療関係職種の推移



出所：日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーNo.354 「第20回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」についての分析と考察、2015 年12 月8 日, p.15

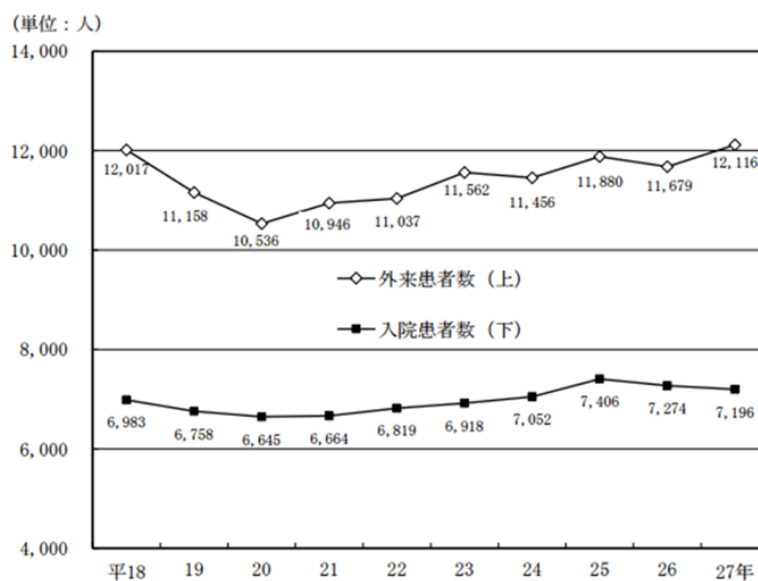
平成 26 年度の病院報告によると、この 10 年で一般病院に勤務する職員は日本全体で常勤換算で 151 万人から 187 万人へ 23.6%増えた。なかでも看護師や管理栄養士が 36%増加しているほか、図表 2－8 にみられるように、早期の退院を促進するリハビリテーションを提供する理学療法士に至っては 2 万 8 千人から 6 万 6 千人へと、年率換算で 8.8%もの増加となっている。

そこでその過去 10 年間の費用の伸びを見てみることにする。再び、全国公私病院連盟の病院運営実態分析調査に戻ると、これは各年度の 6 月単月の調査であるが、総費用の伸びが著しい。特に給与費の増加が顕著であり、診療報酬の医科部分がプラス改定になった平成 20 年度以降は、そのカーブが急激に右肩上がりとなっている。これは診療報酬の誘導にしたがって人材の投入によって、「医療の質」を向上させ、平均在院日数の短縮化に取り組んだ各病院の経営戦略の結果であるといえよう。

### 2-3-2-3 入院患者の伸び悩み

こうして人材の投入が続いたが、一方で過去 10 年間の 1 病院あたりの外来と入院患者の数を振り返ると、全国公私病院連盟の調査では図表 2－9 のように外来患者はやや増加の傾向にあるが、入院患者はほとんど増加していない。従って費用の増加に対応する収益の伸びは、全体の収益の比率の高い入院患者において、人数よりも単価に求められることになる。

図表 2－9 一病院当りの外来・入院患者数推移



出所：全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査の概要」平成27年3月18日，p.4

前述の論文で分析した通り、福祉医療機構（WAM）の取引先病院の経営分析参考資料から、平成 22 年度以降は入院単価の上昇にもかかわらず医業利益率は下がる一方で、平成 26 年度決算は対前年度 0.7 ポイント低下の 1.1%、赤字の病院の割合は 43.4%と直近 5 年間で最大となってきた。これは人件費を中心とした経費の伸びが収入を上回っているからに他ならない。

### 2-3-3 DPC 病院の場合

#### 2-3-3-1 7 対 1 病床と DPC 病院の増加

一般病院を看護配置で 7 対 1 から 15 対 1 まで分類した場合、「平成 26 年度末では 7 対 1 病床のうち 98%は DPC 対象病院<sup>8</sup>」である。すなわち、7 対 1 病床はほとんどすべて DPC 制度を選択している。DPC 制度は、それまで出来高制であった診療報酬体系を、診断群分類別に 1 入院日単位ごとに包括支払制度を導入した、1 日単位の定額支払い制度であり、DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)と呼ばれる。これは出来高制を改め定額にすることで、無駄な医療行為を減らして効率性を高めることを狙った制度である。この制度は平成 15 年度に大学病院を中心とする 82 の特定機能病院の試験的運用からスタートし、平成 16 年、18 年と次第に急性期病院の参加が増え、平成 27 年 4 月には全国で 1,580 病院、全国 7,426 ある一般病院の 21.3%に達している<sup>9</sup>。

ここに診断群分類ごとに入院期間が全国平均よりも短い場合に 1 日単位の支払額においてインセンティブをつけた（正確には平均と標準偏差を使って単価の設定を入院期間の短さに応じて 3 段階とした）ので、平均在院日数の短縮に大きな効果があった。

#### 2-3-3-2 DPC の診療報酬決定の仕組みと調整係数

この包括（定額）評価による診療報酬制度はまず評価の対象を「バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為または患者群」を基本とし、「平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定」して全国一律に支払うものである。そのために、個別の医療機関では実際に投入した医療資源と比べて高額になる場合

---

<sup>8</sup> 厚生労働省の第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（平成 27 年度 11 月 16 日）における、DPC 導入の影響評価に関する調査（参考資料）の施設概要表によると、2014 年度（平成 26 年度）末の DPC（準備病院を除く）対象病院は 1,280 病院で 371,226 床であり、同年度末の 7 対 1 病床全体の 380.4 千床と比較すれば、その DPC 比率は約 98%（97.6%）となる。

<sup>9</sup> 厚生労働省、平成 26 年度医療施設調査による。

も、低額になる場合もある。そこで医療機関ごとに調整係数<sup>10</sup>が設けられた。これは「包括制へ移行するにあたって、異なる支払の体系の下でも安定した収益を確保」できるように、前年並みの収益を保証したものであり、「前年度の診療報酬算定実績を反映（補正）するというその定義から、激変緩和の役割を担ってきた。」ともいえる性格のものである。また、「診療報酬改定時に新しく設定される DPC 点数表（診断群分類点数表）は改定前の治療実績に基づき設定されるため、改定率の反映等、診療報酬改定の影響を別途反映する役割」を担っているともいえるものである<sup>11</sup>。

### 2-3-3-3 調整係数の影響

その調整係数は個々の病院によって異なるが、図表 2－10 にみられるように、DPC 調査分科会によると、全国的には対出来高平均に対して 1.04～1.05 であり、この制度へ参加することにより、出来高と比べて前年（正確には参加初年度）比では平均 5%程度の増収になっていることがわかる。というのも DPC 制度への参加を促して出来るだけ多くの急性期病院のデータを得る必要があった厚労省としては、制度導入の際にこの調整係数には参加を促すためのインセンティブとしての意味も込められていた。

図表 2－10 DPC 制度 初期の調整係数の変遷

調整係数	病院数	最小値	最大値	中央値	母標準偏差
H15	82	0.9351	1.1452	1.034	0.04
H16	144	0.8393	1.1817	1.0375	0.0742
H18	359	0.8019	1.2274	1.0202	0.0607
H20	715	0.8597	1.3242	1.0603	0.0628
H21	1280	0.8597	1.3242	1.0473	0.0602
H22年(4～7月)	1390	0.88	1.3309	1.0559	0.0599
H22年(8月以降)	1390	0.877	1.3263	1.0522	0.0597

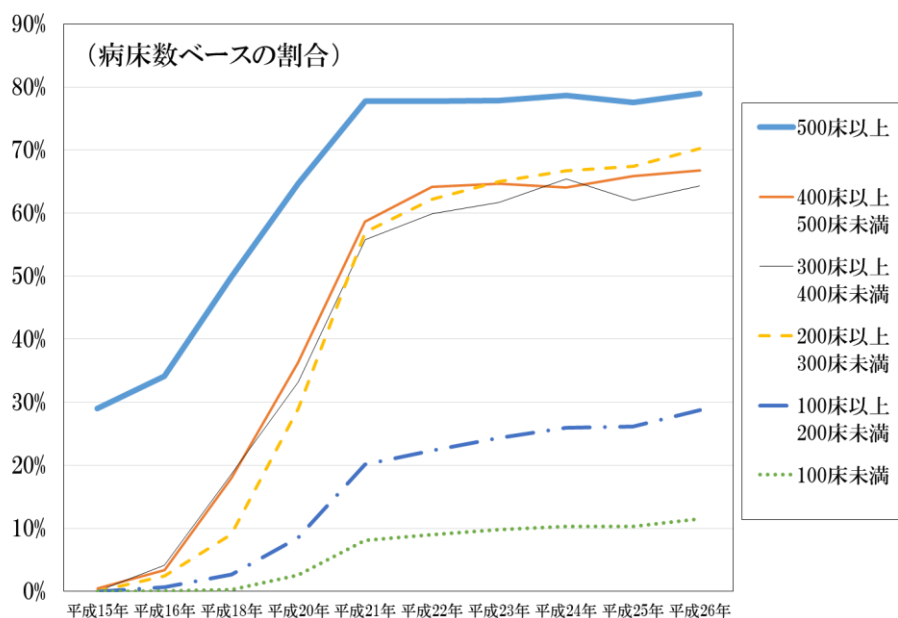
出所：厚生労働省、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC分科会、平成22年11月24日資料より作成

<sup>10</sup> 厚生労働省(2008)、「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」、平成20年度第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料2008年12月12日、(オンライン引用日：2016年6月10日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1212-8c.pdf>.

<sup>11</sup> 厚生労働省、診療報酬調査専門組織DPC評価分科会資料「DPC制度の基本的な考え方に関連する論点(2)」平成22年11月24日。(オンライン引用日：2016年6月10日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000x248-att/2r9852000000x2an.pdf>

この制度の参加病院数は、病床ベースでみると図表 2－1 1 にみられるように平成 18 年～21 年がピークであり、このころ DPC 制度に参入した多くの医療機関は、診療報酬上の恩恵を調整係数により少なからず受けたことがわかる。しかもその調整係数を規模別に見ると、図表 2－1 2 のように大規模な病床のある病院ほど調整係数が大きくなっており、平成 20 年頃より平成 22 年頃まで、とりわけ大規模な急性期病院にとっては DPC 制度への参入による収益面での寄与があったと考えられるのである。

図表 2－1 1 DPC 対象病院の参加率（病床規模別）

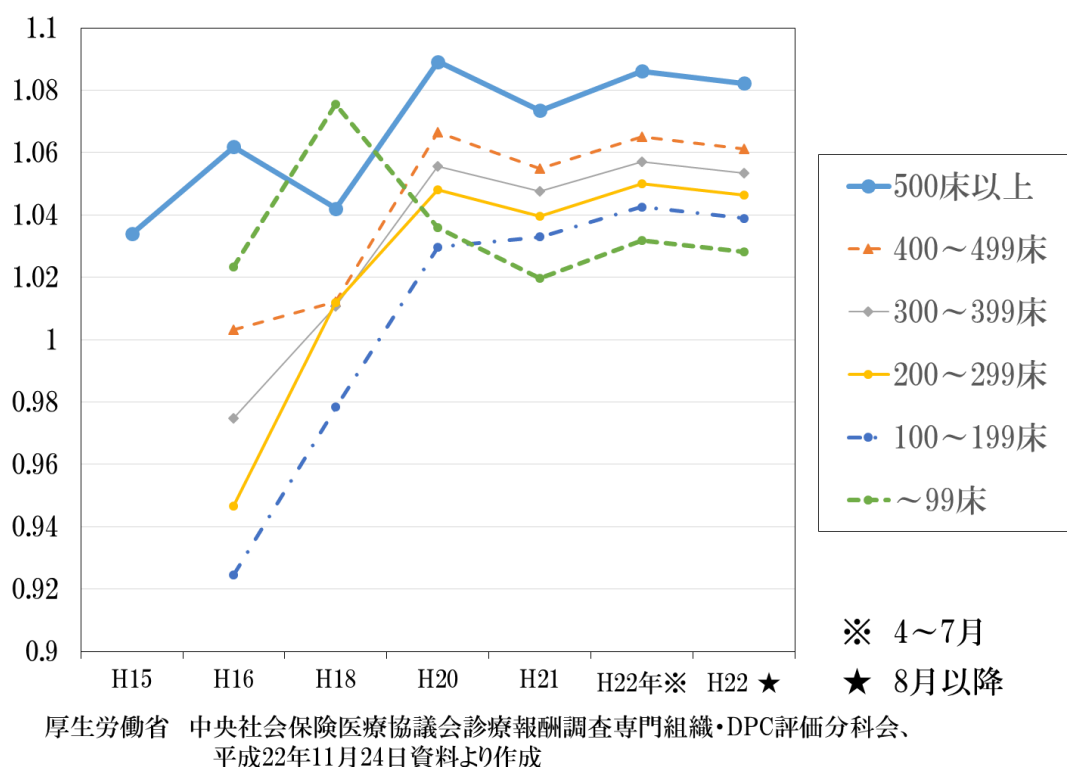


出所：厚生労働省 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会  
平成27年11月16日資料より作成

しかしながらその調整係数が、暫定調整係数と呼称をかえ、平成 30 年度改定までに次第に廃止の方向となり、平成 24 年度から 4 回の改定時期のたびに医療機関別係数として、基礎係数と機能評価係数Ⅱ（機能評価係数Ⅰは以前より存在していた施設基準による加算の指数化）に 25%ずつ置き換えられていっている。置き換えにあたっては厚労省の推進する政策として「効率性の改善」「地域医療への貢献度」「救急医療の実施度」などが特に機能評価係数Ⅱの評価として反映されている。もっとも置き換えにあたって平成 24 年度の診療報酬改定時から、個別の医療機関別係数の変動について、激変緩和の観点から、変動の影響で元の係数から 2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数が調整されてはいる。

結局医療機関の経営にとって、かつては参加のインセンティブであり 1.05 程度収益増に貢献した調整係数が徐々に廃止され、他のものに置き換えられていってはいるが、その差が減少している場合に決算に大きな影響をもつことになる。そしてこの現象は DPC 評価分科会<sup>12</sup>でも報告されている。「もとの暫定調整係数の差が、置き換え後の医療機関別係数の変化に最も影響が大きい」とある。機能評価係数Ⅱの数字は小さいので医療機関別係数全体への影響は小さく、平成 24 年から 26 年への DPC 病院の収入の変化では最も影響が大きいのは 1,485 病院の回帰分析によって暫定調整係数の変化なのであり、他の係数を差し置いて 60%の説明がここでされることが報告されている。

図表 2－1 2 DPC 調整係数中央値（病床規模別）



<sup>12</sup> 厚生労働省(2015)、「激変緩和措置対象病院についての分析結果（案）」平成 27 年度第 2 回中央社会保健医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料 2015 年 6 月 17 日、(オンライン引用日: 2016 年 6 月 10 日) <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088948.pdf>.

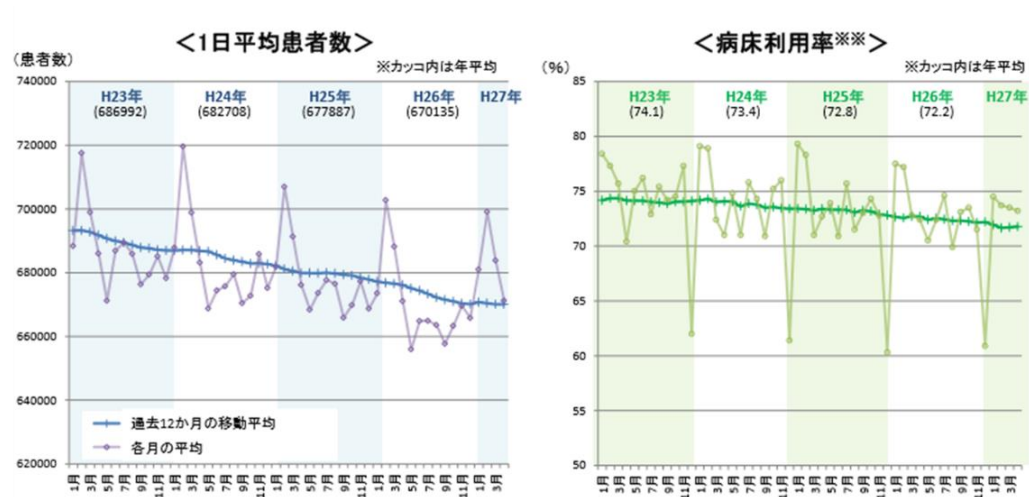


## 2-3-4 収益性の変化のメカニズム

### 2-3-4-1 病床利用率の低下

こうして 7 対 1 病床、DPC 病院を始めとして、平均在院日数を短くし、病床の回転がよくなったが、今度は全国的に病床利用率の低下が目立っている。これは平均在院日数が短くなった分、退院して空いたベッドの入院患者（新入院患者）が増えないと防げない現象であるが、全国的にも 1 日当たりの患者数が、平成 23 年度以降長期的に徐々に減少していることは図表 2-1-3 にみられるように、中医協<sup>13</sup>でも報告されている。

図表 2-1-3 一般病床の 1 日平均患者数・病床利用率



※病床利用率 = (月末在院患者数 ÷ 月末病床数) × 100

データ出典: 病院報告

出所: 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会資料 平成27年10月14日「入院医療(その3)」, p13

また、内閣府の平成 26 年度の年次経済財政報告 [2014]でも「近年の平均在院日数の減少率は入院患者数の増加率を上回っており、総需要（入院患者数×平均在院日数）は減少している。」と指摘され、さらに病床の減少をも考慮にいたした病床利用率の減少について、「寄与度分析によると、入院患者の増加と病床数の減少（微減）による影響よりも、平均在院日数の減少による影響が大きく、これが 2005 年以降病床利用率の減少」の原因としているのである。

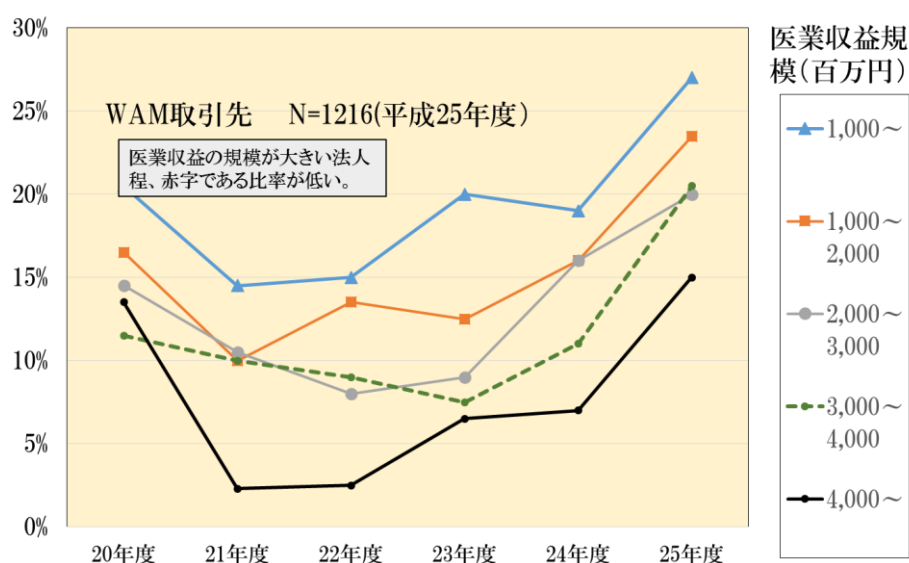
<sup>13</sup> 厚生労働省(2015)、「入院医療その3」、第 306 回中央社会保険医療協議会総会資料、2015 年 10 月 14 日、p.13、(オンライン引用日: 2016 年 6 月 10 日)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000101003.pdf>



## 2-3-4-2 医業収益の規模別

次に病院規模ではなく、医療法人を医業収益の規模別に見た場合の、赤字法人、黒字法人の割合を、福祉医療機構（WAM）のリサーチレポート<sup>14</sup>も分析している。図表2－14である。平成21年～23年度では医業収益（売上）でいうと、40億円以上の規模の医療法人の決算は赤字の割合が少なく、わずか2～5%程度で、それ以下の規模の赤字割合が10～20%となっているのとの差が大きい。平成25年度は急に15%を超えている。それでもセグメント別にみると他の40億円未満の規模の医療法人の赤字割合も20～27%と悪化している。決算内容はよい方だといえるが、40億円以上の規模の医療法人とそれ以下の小規模の医療法人との収益性のギャップは縮まってきているのである。医業収益規模が大きいということは大きな病院を運営していることを示すといえ、病床規模の大きな所、7対1病床を多く持っている所ほど、決算が悪くなっているという最近の傾向を示している。

図表2－14 医業収益規模別の赤字法人割合の推移



出所：独立行政法人福祉医療機構リサーチレポート「医療法人の経営状況について（平成20年度～平成25年度）」2015年8月7日より作成

<sup>14</sup> 独立行政法人福祉医療機構(2015)、「医療法人の経営状況について 平成20年度～25年度」福祉医療機構リサーチレポート、（オンライン引用日：2016年6月10日）  
[http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr\\_572.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_572.html)

### 2-3-4-3 日本病院会会員病院の分析

平均在院日数の短縮に対し入院患者の増加がおいつかず、病床利用率が低下したため、一人1日当たりの入院収益（入院単価）の上昇にもかかわらず収益性が低下している、というこれまで読み取ってきた傾向は、急性期の一般病院に日本全体で平均的にみられることであるが、そのメカニズムが実際にどの程度の割合で起こっているのか、について考えてみたい。平均在院日数を短くすると、診療報酬のしくみからインセンティブが効いて入院単価が上がるので、そのまま病床利用率を維持あるいは上昇させることができれば、本来収益性が高くなるはずである。しかし多くの場合、軽症では可能だが、本来の急性期病院の患者であるべき重症で病床を埋めるだけの患者を集められることができず、病床利用率が落ちるので、たとえ入院単価が上がったとしても、収益（売り上げ）が十分上昇しない、あるいは低下するので、診療に投じたコスト（主として人件費や材料費）を賄えず、収益が悪化あるいは赤字に転落するという図式である。

図表 2-15 7対1病床の入院収益の構造別変化（平成25→26年）

		平均在院日数の変化					
		C群(n=105)			D群(n=62)		
		H25年	H26年	前年比	H25年	H26年	前年比
増加	平均在院日数	15.6日	14.6日	▲6.2%	15.0日	15.9日	5.4%
	病床利用率(%)	78.5%	79.7%	1.6%	75.0%	78.2%	4.2%
	一病院平均入院収益(百万円)	622.3	658.8	5.8%	484.3	513.6	6.1%
	一人1日当り入院単価(円)	57,598	59,489	3.3%	54,831	53,732	▲2.0%
減少	平均在院日数	16.4日	14.8日	▲9.7%	15.3日	16.3日	6.0%
	病床利用率	78.7%	74.2%	▲5.7%	78.4%	77.1%	▲1.6%
	一病院平均入院収益(百万円)	570.2	565.6	▲0.8%	493.6	487.3	▲1.3%
	一人1日当り入院単価(円)	53,765	56,722	5.50%	52,605	53,495	1.7%

出所：一般社団法人日本病院会「平成26年度診療報酬等に関する定期調査集計結果報告書(概要)」平成26年12月13日より作成

この関係を平成25年度から26年度にかけて6月単月の決算にもとづくものの、ほぼ同じサンプルに基づいて調査報告したものが、一般社団法人日本病院会による「平成26年度診療報酬等に関する定期調査集計結果報告書(概要) [2016]」である。平成26年度の688

件の有効回答病院のうち、7 対 1 入院基本料を算定している 420 件のデータでは、平均在院日数の増減と入院患者数の増減（病床利用率の増減）の 2 つの軸により、図表 2－15 のように A～D の 4 つのセグメント（群）に分けて報告している<sup>15</sup>。

まず全体の 73.6%に当たる 309 件が平均在院日数を短縮させたグループで、これも 2 つのセグメントに分けられる。最も多い全体の 204 件（48.6%）が平均在院日数の短縮、病床利用率の大きな減少、入院単価の上昇を示したセグメント（A 群）であり、これまでのこの稿の分析の傾向を示している。その結果、この報告では病院全体の損益データはないものの、このセグメント（A 群）では一病院あたりの平均の入院診療収益は前期比 0.81%の減少を示し、毎年のコストの上昇を考えると、収益性はかなり悪化したと考えられる。

一方 309 件の残りの 105 件（25%）のセグメント（C 群）は平均在院日数の短縮に対して病床利用率がわずかに上昇、入院単価は上昇を示し、この場合の一病院当たりの入院収益の平均は 5.8%増加し、収益性は改善したと考えられる。このセグメント（C 群）は元々入院単価が最も高く、急性期の病院としても高度な医療を提供している地域の基幹病院と考えられ、広域からの入院患者の獲得がうまくいっている病院群と考えられるが、全体からみると一部である。

この他の B、D 群の 2 つのセグメントは少数派で全体の 26.4%を占める。即ち全体の傾向とは異なり「平均在院日数が伸びた」2 つのセグメントであり、一つはその結果として病床利用率を上昇させた 62 件のセグメント（D 群）であり、片や患者の減少でそれでも病床利用率が下落した 49 件のセグメント（B 群）である。平均在院日数が増加すると通常入院単価は下落するが、D 群のセグメントはそれを 2.0%の減少にとどめ、結果的に病床利用率が 4.2%上昇したことが影響して、一病院当たりの平均の入院収益は 6.1%上昇している。病床利用率の低下に悩む医療機関としては、こうしたベッドコントロールも短期的には一つの解決策とも考えられるが、軽症患者が増えたとしたら看護必要度基準などが懸念される。最後の 49 件のセグメント（B 群）は病床利用率が大きく落ちているので、入院単価はわずかに上昇しているが、結果的に一病院当たりの入院診療収益は 1.3%の減少となり、収益性は大きく悪化したと考えられる。

---

<sup>15</sup> この調査の対象となった病院の病床規模については平均値は示されておらず、また各年で若干変化があるが、平成 26 年度 6 月調査では 99 床までで 6.7%、100～199 床で 24.7%、200～299 床で 17.2%、300～399 床で 16.4%、400～499 床で 13.4%、500 床以上で 21.7%であり、日本の病院の規模別の構成に比べると大病院が多いことになるが、急性期病院の実態を反映しているといえる。

このようにこれまで全体像で分析してきた傾向はすべての 7 対 1 病床にあてはまるわけではないが、全体の 60%にあたる、ここでいう A 群 (48.6%) と B 群 (11.7%) が病床利用率の低下という共通の現象の影響で、収益性を悪化させており、本章での分析の多数派を占めているのである。

## 2-4 考察

### 2-4-1 7 対 1 病床の普及と抑制

#### 2-4-1-1 7 対 1 病床普及の原因

これまで規模の大きな病院が収益を確保してきたパターンは、医療技術者（医師、看護師や理学療法士等）などの人材を投入することで、医療の質を上げ、患者の早期回復、早期退院を実現することであり、加算を始めとする診療報酬上の誘導に乗ることであった。その最も大きな流れは、DPC 制度への参加を含む 7 対 1 病床の選択であった。制度創設の平成 18 年度には 4 万 4 千床足らずであった 7 対 1 病床は、平成 19 年～20 年以降急速に増加し、平成 25 年末には 38 万床に達し、日本の一般病床の中で最も多いカテゴリーとなった。この病床の選択にあたって、各病院が市場の規模といえる診療圏内の急性期の患者数を調査した上でのこととは考えにくい。

7 対 1 病床は元々 10 対 1 病床の中で、看護師の過重労働を避けながら患者にとって手厚い看護を実現して病床の回転率を高めるために基準以上の看護師を配置していたものを取り入れたのであるが、この病床群が最大となった原因の一つは収益性である。7 対 1 入院基本料は 1 日当たり 1,555 点（1 点 10 円、平成 18 年度創設時以降平成 26 年度の消費税増税前まで）であり、10 対 1 入院基本料の 1,269 点（平成 18 年）よりも 281 点高い。年間の収入の差はこれだけで 100 床当たり、 $2,810 \text{ 円} \times 100 \text{ 床} \times 365 \text{ 日} = 102,565 \text{ 千円}$ で、約 1 億円の増収である。片や看護師の配置を見ると、本来は年間の一人当たりの労働時間や夜勤制限を考慮する必要があるが、両基準の差のため病棟への配置数だけを考えると 100 床当たり最低 71 人（7 対 1）と 50 人（10 対 1）であり、21 人の差がある。看護師の賃金は地域によって異なるが、厚生労働省の平成 22 年の賃金構造基本統計調査における一般労働者の職種別の第一表から看護師欄の 10 人以上の企業規模の項を見ると、全国平均である勤続 7.3 年で 37.5 歳の場合、所定内賃金に残業代を加えると月給が 321.9 千円であり、それに 825.9 千円の賞与を上乗せすると、一人年間 4,689 千円となる<sup>16</sup>。これが 21 人の場合は 4,689 千

<sup>16</sup> 厚生労働省平成 22 年度賃金構造基本統計調査 における一般労働者の職種別賃金の第一表。看護師欄の 10 人以上の企業規模欄による。46,363 人の平均値。勤続 7.3 年で 37.5 歳

円 x 21 = 98,469 千円となる。収入との差額を取るとこれだけで年間 4,096 千円の増収となる。

内閣府の平成 26 年度の年次経済財政報告でも、「看護師配置の厚い病床ほど限界的な利益率は高くないものの、利益幅が大きい。」として、7 対 1 の一病床当たりの利益額（収支差額）を 10 対 1 と比較の上、「医療機関が一病床当たりの収益が多い 7 対 1 の病床を増やしたという結果も合理的だと考えられよう。」と指摘している<sup>17</sup>。

このように 7 対 1 の入院基本料の獲得が収益ベースを安定させることになり、この 10 年その収益は設備投資や施設基準取得の経費（ヒト、モノ、システム）として投資し、さらに新たな加算を取得していく、という好循環をもたらしたのである。これは入院初期に資源を集中させ、早期の退院を促すわけで、病床が高稼働を続ける限り、以前よりも単価の高い患者の割合が増える「高コスト・高収益モデル」であった。

#### 2-4-1-2 7 対 1 病床の抑制策

そこで厚労省としても抑制策としてこの入院基本料の診療報酬算定のためのハードルを次々と設けてゆき、更に高くしていったのであるが、多くの医療機関はそれをクリアーしていった。

まず最も看護基準の手厚い急性期病床である 7 対 1 病床創設の趣旨に合致しているかどうか、のハードルが設けられた。具体的には、平成 20 年度改定においては、重症度・看護必要度が設定され、入院患者の最低 10%はこの基準に達していなければならないことを 7 対 1 病院の要件とした。

平成 24 年度にはさらに平均在院日数の上限が 19 日から 18 日へと短くなり、重症度・看護必要度は、項目を変えながら 10%から 15%へとハードルがあがった。平成 26 年度の診療報酬改定では、平均在院日数の計算で、90 日以上入院の患者に対する特定除外制度を廃止し、短期滞在手術の患者を別枠として平均在院の日数の計算から除外することとなり、平均で計算する在院日数の短縮化要因が取り除かれた。また在宅復帰率基準が設置され、退院

---

の場合。

<sup>17</sup> 内閣府の平成 26 年度年次経済財政報告 p76。「限界的な収入を病床の入院基本料、限界的な費用を看護職員の人件費によって表現する。収入（入院基本料《日額》）から費用（看護職員の給与《日額》）を引いた額をみると、看護師配置の厚い病床ほど限界的な利益率は高くないものの、利益幅が大きい。医療機関は営利法人ではないため、収益率を念頭に置いた行動を取るのではなく、総収支の差を改善することを目指し行動することも見込まれ、こうした観点からは、医療機関が一病床当たりの収益が多い 7 対 1 の病床を増やしたという結果も合理的だと考えられよう。」とある。

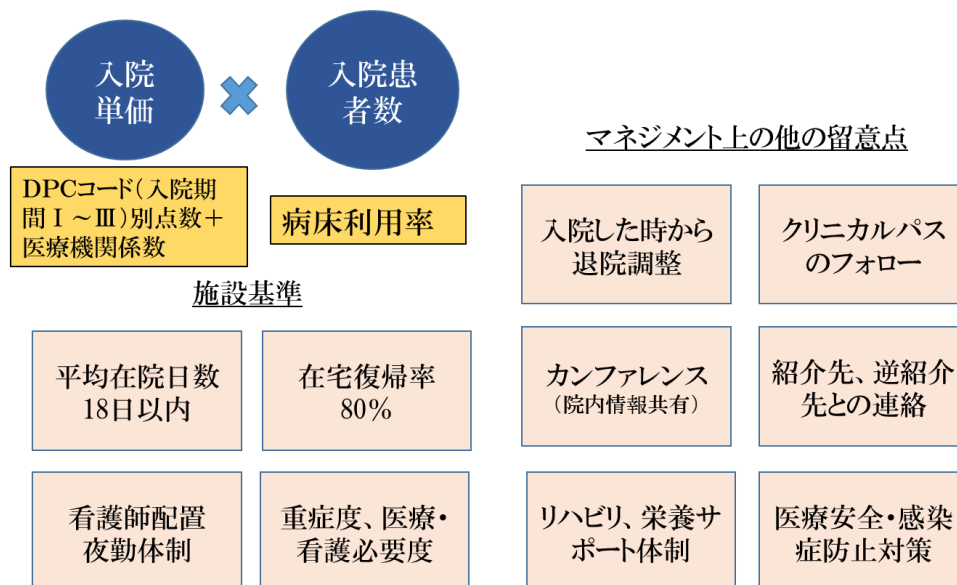
患者の 75%は自宅か早期に在宅へ帰すことのできる指定を受けた施設に退院していなければならなかった。同時にその年には従来の亜急性期病床にかわるものとして、地域包括ケア病床（病棟）が創設され、7 対 1 病床からの転換が政策的に期待された。平成 28 年度の改定では、重症度・医療、看護必要度の項目が変わったものの 25%へ、在宅復帰率が 80%へとそれぞれ引き上げられ、さらに一層 7 対 1 要件が厳格化されたのである。この結果をまとめると、7 対 1 病床を維持するために留意すべき点が入退院、入院中と図表 2－16のごとく大変多く複雑になり、入院医療のマネジメントは、医師や看護師が現場で患者の容態だけみて判断していたのでは不十分で、様々な職種を巻き込んだの病床のマネジメントが重要になってきている。すなわち、施設基準からいって常時入院患者 7 人に対し 1 名の看護師が配置できている看護体制で、18 日以内に 80%の入院患者を自宅に帰す必要があり、さらにその患者は軽症だけでなく、25%は重症度基準を満たしている患者を病床に応じて集める必要がある。しかもそれによって事業計画に沿った入院単価を達成する必要がある。このように病院の経営は一層複雑になってきていることは、武藤[2015]にもあるとおりである。

しかし各病院とも経験に基づいてこれらの留意点をこなし、その抑制効果は思ったほど上がっていない。中医協（中央社会保険医療協議会）への報告によると、平成 26 年 4 月以降減少傾向にあり、38 万 4 百床から平成 27 年 4 月には、3 万 5 千 3 百床減少したのであるが、新規参入が 1 万 8 千 7 百床あったので、1 年間のネットでは 36 万 3 千 9 百床へ 1 万 6 千 5 百床、4 %の減少にとどまっている<sup>18</sup>。

---

<sup>18</sup> 平成 27 年 10 月 15 日に開催された、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会、平成 27 年度第 10 回入院医療等の調査・評価分科会における【別添】資料編 p 9 の「7 対 1 入院基本料の届出病床数の動向」による。平成 27 年 4 月時点の各地区の厚生局への届け出をまとめたもの。（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000101379.pdf>

図表 2-16 DPC適用下7対1病棟のマネジメントの留意点



そのあとの動向では（株）日本アルトマーク社の調べでは、平成 27 年 11 月の段階で 367,271 床であり、2 年前の平成 25 年 11 月の 380,485 床からはネットで約 1 万 3 千床減っている計算になるが、逆に直近の半年では微増なのである<sup>19</sup>。

このように直接的にはまだ抑制の効果はでていないが、そもそも周辺の患者数を把握したうえで病床の機能の選択ではないので、平均在院日数が短くなるにつれて、多くの病院が患者数の不足に悩むことになり、病床利用率の低下が次第に経営を圧迫して行っている。急性期病院の多くが 7 対 1 を選択し、まだ「高コスト・高収益」モデルを追求している現状であるが、これまでの分析をみると、もはやこの経営戦略の転換が迫られているのである。

## 2-4-2 今後の人材投資の考え方

### 2-4-2-1 地域包括ケア病棟等への転換

平成 26 年度の診療報酬改定を機に、地域包括ケア病棟（病床）という新しい病棟（病床）の категорияが創設され、それに伴い従来の亜急性期病床制度は廃止された。この病棟（病床）は急性期を脱した入院患者がリハビリを行いながら、身体機能の回復を図ったり（ポス

<sup>19</sup> （株）日本アルトマークによる全国病院の施設基準届出状況の調査発表。2015 年 10 月 1 日時点で、全国の厚生局および病院に対して行った調査の結果を 2016 年 2 月 29 日に発表したもの。 [http://www.ultmarc.co.jp/contents/pdf/20160229\\_News.pdf](http://www.ultmarc.co.jp/contents/pdf/20160229_News.pdf)（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）

トアキュート)、いったん退院して自宅へ帰った患者が急激に症状を悪化させたりした場合の受け皿（サブアキュート）としての機能が期待されている。

入院日数は 60 日以内、在宅復帰率も 70%以上、(重症度) 医療・看護必要度も設定されている。診療報酬は手術や麻酔などの一部を除き、入院費用として原則包括となるものの、13 対 1 を基本とした看護基準に対し、看護師や補助者の追加の配置や、救急や在宅の体制の加算を取れば、1 日当たり 3,000 点近い点数になる。これは 7 対 1 病棟としては高くないものの、平均在院日数や看護必要度、必要看護師などの施設基準を維持するのに困難を感じており、かつ 18 日以下という平均在院日数基準のために病床利用率の低さに悩んでいた病院としては、使いやすい基準と考えられ、厚労省としても 7 対 1 からの転換を狙っての創設であった。

平成 27 年度入院医療等の調査<sup>20</sup>では平成 26 年 3 月時点で 7 対 1 入院基本料を届け出た医療機関のうち、約 25%の医療機関が何らかの形で病床を転換した。その内訳としては、10 対 1 病棟が一番多かったが、地域包括ケア病棟 1 も多く、合わせると全体の約 75%を占めている。その結果地域包括ケア病棟（病床）のある病院は平成 27 年 4 月に 1,170 施設、31,700 床で、一病院平均で 27 床の転換である。

転換の理由として、「他の入院料と組み合わせることで、より患者の状況に即した医療を提供できる」「より地域のニーズに即した医療を提供できる」「転換した方が収益を上げやすいため」と回答した割合が多かった、との報告がある。ただ 7 対 1 入院基本料から地域包括ケア病床に転換した場合も、病床単位の転換が可能となったので、一部の病床のみの転換で引き続き 7 対 1 を維持している所は多い<sup>21</sup>。

病床機能報告制度から地域医療構想へと現在進行している医療提供体制再編の根底には、病床の機能を明確にして、それに見合った診療報酬の基準を設定することで効率のよい診療を促し、一つの病院の中での「病院完結型」の医療から、地域で機能を分担する「地域完結型」の医療への移行の思想がある。しかし、現在はその過渡期ともいうべき時期で、7 対 1 病床のみ、10 対 1 のみから地域包括ケアとの混合型が増えている。ただしこれは病床ごとに届け出できるので、これまでの混合型というべき療養病床とのケアミックスとはやや性格が異なるといえよう。

---

<sup>20</sup> 厚生労働省(2015)、「入院医療（その 2）」、第 298 回中央社会保険医療協議会総会資料、平成 27 年 6 月 10 日、p9(オンライン引用日: 2016 年 6 月 10 日)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088492.pdf>

<sup>21</sup> 厚生労働省(2015)、「入院医療（その 2）」、前掲、pp.27-28



#### 2-4-2-2 資源投下のダウンサイジングによる収益確保

地域包括ケア病床の診療報酬の設定は、前提となる看護師配置も 13 対 1 と低く、急性期病床よりは軽装備での医療提供体制の病床である。それは地域包括ケアシステム的一端を担う病床機能として、重症度が低い患者に対し、在宅と急性期病院との中継地点的な機能が求められているからである。

中医協の資料<sup>22</sup>によれば、平成 26 年度の地域包括ケア病床の入院患者の疾患のトップ 3 は①骨折・外傷②肺炎③脳梗塞であり、これからさらに増加すると思われる高齢者に特有の入院ニーズを反映している。一方でこの病床への入院元については、457 件の調査対象のうち「自院の急性期病床」が 271 件で 59.3%と最も多く、「他の病院」が 18.1%、「自宅」が 12.5%となっていて、混合型で持つ急性期病院が自院内での移動で利用しているケースが半分以上を占めている。これに対し、入院理由については「他の病院」からの場合は 80%がリハビリ目的であるが、「自宅」と「自院の急性期病床」は 80%の患者が治療目的である。1 日平均 2 単位のリハビリが施設基準の要件となっているのであるが、現在の利用の目的は 7 対 1 の「在院日数」や「重症度」要件にあわなくなった自院の患者のポストアキュート的な継続的な治療の調整病床としての機能が過半であることを示している。

この他にもこの病床は現在、メインであるポストアキュートやサブアキュートの他にも様々な使われ方をしており、武藤[2015]によれば例えば「レスパイトケアや看取り」「短期滞在手術の受け皿病棟」「入院化学療法」に使うなどである。なるほどこれらは在宅医療との連携が鍵となる地域包括ケアシステムの一面としての病床機能の性格を反映している。

これまでの医療機関の経営戦略の方向性は、資源の投下の継続による「高コスト・高収益」型であったが、それが現在長期的な傾向として「高コスト・低収益」型になってきていることは、これまでも述べた。日本全体が低成長の時代であっても、医療機関の経営は医業収益を成長させてきた所ほど収益性の確保に成功してきた。たとえば、独立行政法人福祉医療機構（WAM）リサーチレポート[2015]によると、平成 20 年度～平成 25 年度の間では、この間に 25%以上収益が拡大した医療法人は年間の収益が 20 億円以上で、かつそうした医療法人は 87%と高い確率で黒字であり、それ以外のセグメントと顕著な差を示している。一般企業とは事業の性格がことなるので、最大のコストである人件費の積極的なカットが困難であり、医療機関には低コストで収益を確保してきた経験が少ないが、今後は経営の継続性

---

<sup>22</sup> 厚生労働省(2015)、「入院医療（その 2）」、前掲、 pp.73-74.

を保つためには「低コスト・低収益」で成り立つような経営戦略を、地域包括ケア病床の普及等によって実現していかなばなるまい。

## 2-5 小括

この10年の我が国の医療機関では、平成18年度に7対1看護基準の一般病床入院期基本料が創設され、さらに急性期医療を担う病床に重点的に診療報酬が配分されたので、以降この病床基準を中心に決算は好調であった。この背景には平均在院日数の短縮、出来高制から包括払い制（DPC 制度）への普及の推進、治療の標準化といった厚労省の政策の意図があった。

ところが7対1病床基準の病床は、入院基本料の点数付けにおいて人件費に対して収益性のメリットがあったこともあり、短期間のうちに過剰ともいえるほど全国で増加し、日本の一般病床で最も多いカテゴリーになっていった。このころ、急性期病院でもとりわけDPC制度を選択した大規模の病院の経営戦略は、入院初期に医療技術職の人材を集中的に投下させることによって、DPCの入院期間Ⅰあるいはせめて入院期間Ⅱの比較的高い点数付けの短い期間の間に患者を退院させて、平均在院日数を下げることで、高い入院単価を得ることを目指すことであった。この戦略を取った場合、短い期間の入退院で回転させていくことができれば、常に単価の高い患者を確保できるので、「高コスト・高収益モデル」により、大規模な病院ほど収益の上ではよい決算を示した。その実現を後押しするものとして、医師事務作業補助者や看護補助者などの医療従事者の負担軽減制度が新しく作られていった。また大規模な病院ほどDPCに参入した際に獲得した調整係数の恩恵があった。ただしそれには常に7対1の看護基準に見合った急性期の治療が必要な患者が診療圏において途切れなく獲得できることが前提であった。

その後、7対1病床は増えすぎているとの判断の上、診療報酬上は平成24年度以降この入院基本料を獲得する基準が改定のたびに極めて厳しくなり、本来の急性期の患者に絞った入院患者を受け入れざるを得なくなった。その上長期的に進行するDPC制度の普及、平均在院日数の短縮化の方針は続いているので、病床の回転はどんどん速くなったが、ついに診療圏内にその基準に見合った患者を十分には獲得できず、次第に空床率が上昇してきた。現象として病床の回転が高まり、入院単価は上昇を続けたものの、投入した人材が固定化し、次第に人件費の増加をカバーできなくなり、平成22～23年をピークとし、平成24年～26年度と決算が悪化してきている。

厚生労働省の政策では、7 対 1 病床から他の病床への転換を促す策の一つとして、平成 26 年度診療報酬改定で地域包括ケア病床（病棟）がスタートした。さらに現在は各県とも地域医療構想を計画中で、2025 年にむけて本格的に病床の機能分担を明確にし、急性期に偏った地域の病床の構成を高齢化社会に適応したバランスの取れたものに転換し、各地域での地域包括ケアシステムの一画を担ってもらう政策が進んでいる。医療機関、特に急性期の患者を広い診療圏から集めることにおいて競争力に欠ける中小病院の経営戦略としては、これまでのように医業収益の拡大を前提に人材のさらなる投下による単価の獲得という「高コスト・高収益モデル」からの転換が求められている。

## 第3章 病院の経営管理指標の課題

### 3-1 課題の序論

#### 3-1-1 現行の病院経営管理指標

団塊の世代が続々と後期高齢者の仲間入りをする 2025 年の超高齢化社会へ向けて、厚生労働省によって地域包括ケアシステム、地域医療構想<sup>1</sup>などの新しい医療提供体制の構築が進む現在、病院経営を巡る経営環境は大きく変わろうとしている。したがって、各病院とも地域における自院の位置づけ（機能）、経営上の各種課題に対して、単に過去の経験に基づくのではなく、客観的数値に基づいた合理的な経営上の意思決定を早急に下していくことが求められている。特に医療法人<sup>2</sup>は資金調達手段を間接金融<sup>3</sup>に頼ることが多く、これからの事業の再編に伴い、外部のステークホルダーに対し病院の経営状況を説明し、資金ニーズを説得できる体制づくりが重要であり、その資料の基礎となるベンチマークを必要としているといえよう。

しかも最近の病院の決算状況をみると、「一般病院の赤字割合は平成 23 年度以降増加傾向にあり、平成 26 年度に至っては 43.4%と直近 5 年間で最も赤字割合が大きくなった。」（浅野 [2015]）と悪化しており、効率的な経営を行うことがますます重要になってきており、この種のデータの必要性が高まっている。

しかし、各々の医療機関がいざ自分の病院のためのベンチマークとして指標を利用して「より効率的な経営」を行おうとした時、実際にはそれほど利用されているわけではない。

#### 3-1-2 問題意識

現在医療機関向けの経営管理指標はベンチマークとして多くの調査結果が公表されてい

---

<sup>1</sup> 地域包括ケアシステムとは厚生労働省によると、「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供する」仕組みのことである。同じく地域医療構想とは、「2025 年に到来する超高齢社会に耐えうる医療提供体制構築に向け、医療需要を推計し、地域の実状にあった医療提供体制構築を目指す」もので、全国の病院の病床構成を今後の需要に応じて再設計しようとするものである。

<sup>2</sup> 平成 27 年 11 月 18 日公表の厚生労働省の平成 26 年度医療施設調査によると、平成 26 年 10 月 1 日現在で全国の病院は 8,493 施設あり、そのうち開設者が医療法人であるものは、5,721 施設で全体の 67.4% をしめる。一方個人は 289 施設で 3.4% を占めている。

<sup>3</sup> 平成 18 年 4 月の制度改革により、新設の医療法人の出資金は出資者のもとへもどらなくなった（解散時の残余財産の帰属先は国、地方公共団体、公的医療機関の開設者、財団または持ち分の定めのない社団の医療法人の中から選ぶ）ので、事実上、外部からの資金調達方法は金融機関からの借入れがほとんどである。注 10 の非営利性の項も参照。

る。主なものだけでも厚労省医政局の「病院経営管理指標<sup>4</sup>」（平成 24 年度を除く毎年）、同じく保険局の「医療経済実態調査<sup>5</sup>」（隔年）、独立行政法人福祉医療機構の「経営分析参考指標<sup>6</sup>」（毎年）、全国公私病院連盟と日本病院会の「病院運営実態分析調査<sup>7</sup>」（毎年）、日本医師会総合研究機構による「TKC 医業経営指標に基づく経営動態分析<sup>8</sup>」（毎年）などがある。調査目的や対象となる医療機関は異なるものの、病院の経営における財務指標や診療の機能を表す指標のベンチマークとしての役割を果たすために作成され世に提供されているといっていよい。

しかしながら、これらは厚労省の定める診療行為の公定価格である診療報酬の影響の度を測ることに注目している色彩が強く、その指標の項目も診療報酬上の改定項目に連動しているものが多い。まず分類（詳しい内容の解説は 3-2 の注を参照）からして、病院の機能別（一般病床、療養病床など）、看護師の配置数に基づいた入院基本料別（7 対 1、10 対 1 などと称せられる）、DPC 病院か否か（診療報酬の支払が出来高か、診断群分類別に包括払いかどうか）、病床規模別（20 床以上 100 床単位で区分し、一般病床は通常大病院ほど医

---

<sup>4</sup> 病院経営管理指標は「医療機関が、健全、かつ、安定した経営を維持していくうえで、経営上の問題点の改善はもとより、中長期的な展望に立った経営方針や経営戦略を策定することが必要とされている。そのため、病院の機能や規模、地域性に密着した経営状況の実態を係数的に把握し、病院の健全な運営に資するための一つの参考資料とすることを目的とするものである。」とある。直近の資料は株式会社明治安田生活福祉研究所（調査受託）「平成 25 年度病院経営管理指標」、厚生労働省医政局、平成 27 年 3 月であり、有効回答を得た病院数は、1,349 件で、このうち医療法人は 775 件である。

<sup>5</sup> この調査は診療報酬の改定にあわせて 2 年に 1 回行われており、「医業経営などの実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的」としている。直近では中央社会保険医療協議会「第 19 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」、厚生労働省保険局、2015 年 11 月がある。病院の有効回答施設数は 1,429 件。

<sup>6</sup> 独立行政法人福祉医療機構（通称 WAM）の経営サポート事業の一環として毎年発刊されている、経営分析参考指標。医療、介護、福祉分野の民間の貸出先の決算書データをもとに作成している。「機能性」「費用の適正性」「生産性」「安定性」「収益性」の視点で分析しているのが特徴である。平成 26 年度は 811 施設の病院のデータを分析。このうち医療法人は 471 件である。

<sup>7</sup> 一般社団法人全国公私病院連盟が一般社団法人日本病院会と協力して例年 6 月分を対象に、会員の病院を対象に実施している共同調査。「病院運営の実態を把握して病院の運営管理改善の資料とするとともに、診療報酬体系改善のための資料を得ることを目的」としている。平成 26 年度版では、集計対象となった病院数は 925 件だが、自治体病院が 486 件あり、私的病院（医療法人等）は 181 件にすぎない。

<sup>8</sup> 日本医師会が平成 15 年度以降行っている分析で、『TKC 医業経営指標（M-BAST）』に基づいている。これは「会員数 1 万名超の税理士、公認会計士のネットワーク」である TKC 全国会が「株式会社 TKC の開発した会計システムを利用して集積した関与先医療機関の決算データを集計・編纂されたものである（原則として未公開）。」集計数は病院では医療法人で 813 件、個人経営で 13 件である。

療機能が高い) などである。そして分析、掲載される指標も、一般的な財務指標の他に診療報酬に連動した臨床指標が多く、平均在院日数、一人1日当たりの入院収益(入院単価)などである。要は厚労省の政策が反映された診療報酬によるインセンティブづけで、ある診療機能を選択したらその病院は平均的にはこのような臨床指標をとり、その財務指標はこのようになる、ということを示そうとしているのではないと思われる。

臨床指標の場合は、それが選択した診療機能を反映した数値になるのは当然と考えてもよいかもしれないが、事業の継続性を考えた場合の収支の点ではどうであろうか。ある診療機能(病院としての戦略)を選び、その機能に従った診療報酬を受け取ると、ベンチマークとなるような一定の収支の傾向があるのであるだろうか。ここでいう経営戦略の選択としては、急性期や慢性期という診療機能、病床の規模、診療科、入院基本料、DPC など中長期にその病院の診療機能を決定づけるものである。しかし「診療報酬上の誘導に従って」その機能を選択したとしても、収支の実際は必ずしもその通りにはなっていない。それは病床利用率、連携の取り方、患者数の違いなど、経営管理の良否の影響があるのではないだろうか。いくらか的確な経営戦略を選択しても、経営管理が適切にできなければ収支が伴わないこともあるだろうし、逆にいくらよい経営管理をしても、選択した戦略がその地域の病院として適合的ではなく、どうしても収支が悪いこともあるであろう。

本章の目的は、このようにわが国の病院経営の管理指標の基軸として位置づけられる、「中長期の経営戦略」と「経営管理」の2種類の側面に焦点をあて、その特色と問題点を探り、今後の中小医療機関の経営に役立ちうる新たなより有用な指標を構築する手がかりを探ることにある。これら2種類の指標とは、公定価格である診療報酬と結びつき、診療科や病床規模等などの経営資源をどこに投入するかという「中長期の経営戦略」と、日々のマネジメント能力にかかわる「経営管理」に関わるものである。これらは深く病院の経営収支に影響を与えている。しかしこれらの2種の管理指標は、その性質や効果を見極めることなく混在して提示され、病院経営のベンチマークとしては問題が生じているのである。

以下この章ではベースとなる「病院経営の特殊性」について述べたあと、「病院の分類と指標の有用性」「統計的分析を伴う指標」「サンプルの問題」では具体的に現状の経営管理指標の問題点を提示した。そして「診療科別収支の指標」と「機能性以外の指標の試み」において、この2つの側面について分析し、この問題意識についての考察を展開した。

### 3-1-3 病院経営の特殊性

「経営管理指標」といった場合、「上場企業の決算資料から財務分析を行う」というケースが最も一般的であると思われるが、医療機関の経営は一般企業と異なる特殊性があり、一般企業と同種の指標（木戸田[2016]）を使って同じ尺度で評価することはできないという問題がある。例えば、病院の経営管理を考えただけでも以下の様な特色がある。

- （１）価格：決算は公定価格である診療報酬制度に左右される面が大きく、しかもそれが２年に１回政策を反映して改定されるので、変化が大きい。
- （２）運営基準：病院の機能に応じて施設基準や人員配置基準があり、これが診療報酬制度の点数の素なので、より人材を投入し、より高度な医療をするほど点数は高いが、当然法令を順守するので、経済合理性に基づく効率性追求一辺倒の経営はできない。
- （３）病床規制：収入のベースとなる全国の病床数は規制されており、拡大も新規参入も実質上は不可能となっているので、成長の余地が少ない。
- （４）非営利性：医療機関の経営は非営利が原則<sup>9</sup>で剰余金の配当は禁止<sup>10</sup>されている。医療は公益性が高く、利益をあげることは第一義的な目的ではなく、地域住民のために安定した医療を継続的に提供することが重視される。
- （５）技術者集団：従業員は業務独占の資格保有者である医療技術者<sup>11</sup>が大半であり、患者のための治療や診療の安全性を第一に考える教育を受けており、組織へのロイヤルティーが低く、流動性が高い傾向にある。従って急激な人件費の削減は極めて難しい。さらに、中長期の経営戦略をたてる上でも、以下のように外部環境の影響を大きく受ける

---

<sup>9</sup> 医療法第 7 条第 6 項「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、第四項の規定にかかわらず、第一項の許可を与えないことができる。営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第 1 項の許可を与えないことができる。」

<sup>10</sup> 非営利性の徹底として、平成 16 年 11 月 19 日に公表された「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」では、社団法人形態の非営利法人の社員における権利・義務の内容について、ア）出資義務を負わない、イ）利益（剰余金）分配請求権を有しない、ウ）残余財産分配請求権を有しない、エ）法人財産に対する持分を有しないこととし、営利法人との区別を明確にしている。そして平成 18 年 12 月公布の第五次医療法改正で、医療法人の解散時の残余財産の帰属先が制限され（医療法第 44 条第 5 項）、解散時の残余財産の帰属先は「国、地方公共団体、公的医療機関の開設者、財団または持ち分の定めのない社団の医療法人」の中から選ぶことになった。このため出資金での資金調達には極めて難しくなった。

<sup>11</sup> 医療法第 1 条の 2 に「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」とある。

業種であるので、同じ病院の経営といっても、年代により、地域により異なる経営環境になっている。

- (1) 医療政策の動向：医療法、医療保険制度などは定期的に改正され、しかも 2 年ごとに公定価格である診療報酬制度の改定があるので、行政主導による経営環境の変化の動きは早い。
- (2) 地域の医療機関と患者の受療動向：その地区の高齢化率、疾病構造、さらに競合先や連携先の数など、地域における病院のポジションは経営に大きな影響を与える。
- (3) 地域の医療技術者の労働市場：医療や介護の専門職は人手不足で、長らく売り手市場が続いており、地域によっては雇用環境が大変厳しく、かつ、高い流動性を伴うことが普通である。

経営指標を考える上で基本的な注意点として、医療機関の経営は利益を獲得して配当をすることを最優先することなく、診療機能の質を高めて、継続的に地域医療に貢献することを第一とするので、一般企業と異なり 1 円でも利益を多く確保する行動をとらない点がある。財務的な経営目標を「赤字にならない程度の決算をめざす」あるいは「黒字を確保する」「返済資金のキャッシュ・フローを確保できればよい」程度にする所が多いので、指標としての数値に特色が明瞭に反映されにくい、という基本的な問題を（とりわけ公的な病院では）おさえておく必要がある。

## 3-2 病院の分類と指標の有用性

### 3-2-1 病院の分類

一口に病院といってもそれはさまざまなタイプに分類することができ、実際にそれぞれの分類ごとに大きく異なる特色をもっている。

例えば最もデータ量や分類の多い、「病院経営管理指標」を例にとると、分類は病院の開設者別（医療法人、国公立、社会福祉法人など）、病院の機能の種類別（一般病院、療養型病院<sup>12</sup>、両方が混在するケアミックス病院、精神科病院など）、病床の規模別、医薬分業適用

---

<sup>12</sup> 医療法第 7 条の 2 によって規定されている病床区分のうち、療養病床とは「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの」であり慢性期病床ともよばれる。一般病床は主として急性期病床と呼ばれ、短期（通常 1 か月以内）的に手術や全身管理などが必要な状況で、濃厚な治療と看護が必要とされる患者を入院させている。療養病床は、急性期を過ぎて病状は比較的安定しているものの、まだ治療・加療が必要な状態で、入院期間は 1 か月以上で長期に及び、半年や 1 年以上の患者も入院している。医師や看護師の配置基準も治療に応じて異なり、設備も、一般病院は病気の発見や診断、治療のた



か否か、最近大規模な設備投資をしたのかどうか、がある。そして、一般病棟入院基本料別（病床の看護師の配置基準が 7 対 1、10 対 1<sup>13</sup>等）、地域医療支援病院<sup>14</sup>か否か、DPC<sup>15</sup>対象病院か否か、等がある。ただし病院の場合、診療科別に診療内容が大きく異なるが、多数の診療科をもつケースが多く、データとしてここには診療科別のものはあげていない。

また提供される指標は、金銭的な財務分析の指標だけではなく、「1 日平均入院患者数、同じく外来患者数、病床利用率、平均在院日数<sup>16</sup>、患者 1 人 1 日当たり入院収益（入院単価）<sup>17</sup>」などの診療の機能性の指標をも含む<sup>18</sup>。これは診療内容が医療の質を表すので病院事業の性格上、当然といえよう。

---

めの高度な医療機器をそろえているが、療養型病院には基本的に療養に必要な医療機器が中心で、そのかわり病室や談話室が広く、長期の療養生活に適した設計になっている。

<sup>13</sup> 例えば 7 対 1 入院基本料の施設基準は「1. 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 7 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。（中略）2. 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。3. 当該病棟の入院患者の平均在院日数が 18 日以内であること。4. 看護必要度の基準を満たす患者を 1 割 5 分以上入院させる病棟であること 5. 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数以上であること。」となり、1 日当たり最も高い点数が割り当てられている。

<sup>14</sup> 地域医療支援病院とは厚生労働省により「医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認している。」病院のことで、平成 24 年 1 月 1 日現在、全国で 386 病院ある。紹介率に最低基準があり、出来高制の場合は、地域医療支援病院入院診療加算が入院の初日に 1,000 点加算、DPC 対象病院の場合は、機能評価係数 I として、0.0327 が入院日数分加算される。

<sup>15</sup> DPC 制度とは DPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群分類）に基づいて評価される入院 1 日当りの定額支払い制度で正式名称は DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）である。

<sup>16</sup> 平均在院日数は一人の入院患者が平均的に何日入院しているかを示す数値であり、在院患者延数÷{（新入院患者数＋退院患者数）×1/2} で計算される。

<sup>17</sup> 患者 1 人 1 日当たり入院収益を入院単価と呼ぶことも多く、（入院診療収益＋室料差額等収益）÷（在院患者延数＋退院患者数）で計算される。

<sup>18</sup> この点について、厚労省の「平成 23 年度病院経営管理指標」12-13 頁によると、「一般産業における経営評価は原則として損益基準によって判断する。」「評価の視点は収益性、安全性、成長性の 3 点だが、一般産業にあつては持続的規模の拡大、持続的株価上昇が要請されるので、特に成長性、収益性が重視される。」「これに対して病院は、二つの異なる基準で評価されねばならない。」「第一は一般産業同様、損益基準での評価。第二は機能の発揮度による評価。」「病院の場合は、医療サービス提供の安定継続が主眼であつて、必ずしも規模の持続的拡大が目的ではないので、他産業ほどには成長性は重視されない。」「第二の機能の発揮度とは、いわゆる機能性に関する評価である。これは一面で医療の質に関する評価といえるものだが、要するに与えられた医療機能をどの程度発揮しているかを判定することである。」「病院では、損益基準面だけではなく、機能性の面も優れている必要があり、優良病院とは損益基準面、機能面、この 2 つのバランスが良い病院を指すと考えられる。」とある。

さてこの分類の中で、病院はまず自院がどの分類に属するのかを考え、あてはまる分類の中で、ベンチマークとなりそうな指標をみて比べることになる。例えば、「医療法人による 300 床の地域医療支援病院である一般病院で、7 対 1 の病床看護基準をもつ DPC 対象病院。ただし近年設備投資をした。」とした場合、それぞれの分類のカテゴリーは大変重要なのだが、公開されているクロス分析は多くても 3 つまでなので、以上のすべてにあてはまるようなベンチマーク病院の対象をみつけることは大変難しい。

### 3-2-2 単純な平均値による指標の有用性

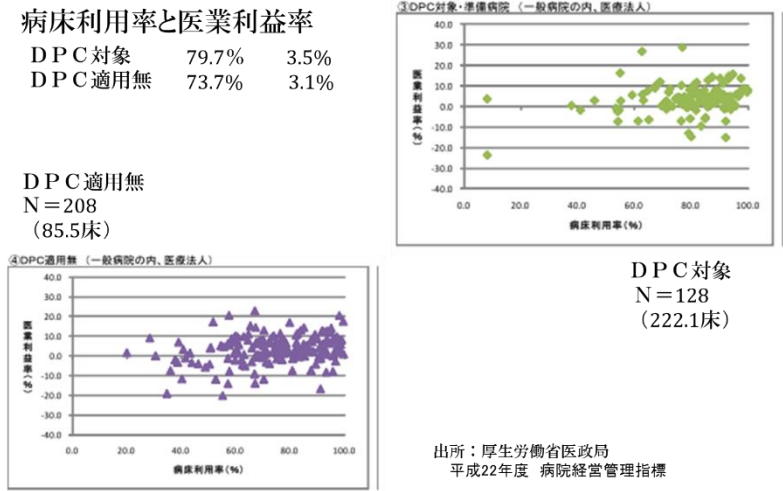
このように利用者にとって分類毎にあてはまるものもあればあてはまらないものもあり、期待度は異なることになるが、何よりもそれらの指標がベンチマークとして有用かどうかポイントである。ここで典型的な例として、まず平成 22 年度の厚労省の「病院経営管理指標」から収益性についての例をあげてみたい。病院の経営目標は収益性だけではなく、「黒字を確保できればいいという程度」という意見も公的病院の経営者の中にはあるかもしれないが、民間の医療機関として自立した継続的な経営を保証するものとしての収益性の確保は、経営者にとってはもちろん重要であると考えられるからである。

例えば、一般病床の医業利益率は医療法人で DPC 対象病院及び DPC 準備病院 (N=128) の場合は 3.5% であるが、DPC 適用でない病院 (N=208) は 3.1% と示されており、指標の解説では、「要因として、医薬品費を含め材料費比率が DPC 対象・準備病院が高いものの、患者 1 人 1 日当たり入院収益及び外来患者 1 人 1 日当たり外来収益等の単価が、DPC 対象・準備病院が高いこと、平均在院日数が短いこと、病床利用率が高く稼働状況も良好なこと」を上げている。DPC 制度の仕組みからいうともっともな理由づけであり、確かに平均在院日数、病床利用率、入院単価の平均の数値は、それぞれ 18.72 日 (DPC 対象) 対 33.31 日 (DPC 無)、病床利用率が 79.7% (DPC 対象) 対 73.7% (DPC 無)、そして入院単価が 50,847 円 (DPC 対象) 対 36,512 円 (DPC 無) と一定の傾向を示しているようにみえる。

ただし、この分類のカテゴリーの散布図を例えば「病床利用率と医業利益率」について両方みると、実は図表 3-1 のように雲の様にひろがり大変バラつきが大きく、統計的な分析が欠けており、平均値一本で示しただけではとても傾向があるとはいえない。そのあと平成 23 年度の病院経営管理指標では、初めてカテゴリー毎の平均値の傾向について、図表 3-2 のように相関係数（ここでは大文字で R）が登場した。「開設者にかかわら

ず、病院種別に病床規模と医業利益率の相関を見たところ、一般病院では  $R^{19} = 0.20$ 、ケアミックス病院では  $R = 0.10$ 、療養型病院では  $R = 0.26$ 、精神科病院では  $R = 0.12$  と、一般病院と療養型病院においてゆるやかな相関があり、病床規模が大きい程、医業利益率が高い傾向がみられた。」と報告している。

図表 3-1 DPC 対象病院 VS DPC 適用無 (医療法人)



図表 3-2 病床規模別医業利益率

病床規模別の医業利益率に相関がありとされた例

(%)	一般病院	ケアミックス病院	療養病院
	N=582	N=250	N=134
20～49床	-14.1	-16.1	-1.9
50～99床	-8.3	-11.2	1.8
100～199床	-8.3	0.4	6.0
200～299床	-4.0	-1.7	6.2
300～399床	-1.5	-7.6	15.3
400床～	-1.5	-10.8	12.3

R=0.20      R=0.10      R=0.26

※ 緑色に塗ってある所は、サンプル数が5件以下のところ

出所：厚生労働省医政局 平成23年度 病院経営管理指標

<sup>19</sup> Rについての厚労省の説明は、「相関係数の値が大きい程、相関が強いことを意味する。一般的に  $R=0.2$  以上から相関がみられると解釈される」とあり、単純に「病院種別に病床規模と医業利益率の相関を見た」もので、病床規模を区分したグループの相関ではない。

ただしこの相関係数は全体に相関があるとはっきりといえるほどの数値ではないので、やはりこれまでの分類のカテゴリーによる単純平均の指標では、バラつきが大きいままで、多様な指標があっても収益性の傾向を表すベンチマークとしては信頼性が低く、有用なのは少なかった、ということがいえよう。

### 3-3 統計的分析を伴う指標

#### 3-3-1 平成 25 年度の病院経営管理指標

この後平成 24 年度版は調査がなく欠落しているが、平成 27 年 5 月に公表された平成 25 年度病院経営管理指標では、医療法人による一般病院の機能別のデータ相互に相関係数を導入した統計的な分析が初めて加えられ、平成 26 年度版にもそれが引き継がれている。

機能性を表す指標としては、入院患者 1 人 1 日当たり入院収益（以下、入院単価）、平均在院日数、看護配置基準（7 対 1、10 対 1 など）等が取り上げられた。入院単価と平均在院日数という連続性のある数値データには相関分析（有意性の判定を含む）を行い、それぞれの機能の分類の中で一定の区分別のグループ（入院単価であれば①3 万円未満、②3 万円以上～5 万円未満台、③5 万円以上～7 万円未満、④7 万円以上の段階別分類）の平均値を目安として示した。看護配置基準などの定性的なデータについては一元配置分散分析に相当する Kruskal-Wallis（クラスカル・ウォリス）検定を用いて、看護配置の各区分のグループ間の差に有意性があるかどうかの検定を行ったので、従来の単純平均値だけに比べて情報の信頼性が上がった。

平成 25 年度版をみると、入院単価や平均在院日数による診療機能別の分類は、診療機能を表す他の指標との相関係数（この年は  $r$ ）は 0.5 前後と高いものが多い。一般急性期病床に DPC が普及して以降、それらが医療収益と密接に結びついているので目標値として意識されていることを反映しているからと思われる。すなわち図 3-3 に示すように、入院単価が高いほど、平均在院日数が短く（逆相関）、医師や職員一人当たり入院患者数も少ない。これらは急性期病院としての機能の特色を如実に表しており、入院単価が高いほど特色のある高度な医療を実施していると考えられ、設備投資を反映して一床当たりの固定資産額も高く、二次医療圏外からの在院患者割合も高く、広域から患者を集めていることを示すことになる。

一方でその入院単価や平均在院日数と収益性など財務系の指標との相関は低い。材料費

率、人件費率、職員一人当たり人件費などの費用関係については 0.2 前後のごく弱い相関係数である。収益性を示す経常利益率に至っては、相関係数の記述なし＝相関していない、である。ただし補正指標としての償却前経常利益率は入院単価別のグループ毎の平均値は先の入院単価の低い区分から① 2.9%、② 7.0%、③ 5.9%、④ 9.1%となり、すでに③5 万円以上～7 万円のグループで他とは逆転現象が起きているものの相関係数は  $r=0.145$ 、 $p$  値は  $p=0.035$  という結果で、収益性についてはごく弱い相関性があるという結論を得ている。すなわち実際のデータにはバラつきがかなり認められる中での相関を示すのである。

図表 3-3 病院経営管理指標 入院単価別の比較

開設主体：医療法人 病床種別：一般病院	入院単価	3万円未満	3万円以上～ 5万円未満	5万円以上～ 7万円未満	7万円以上	平成25年度決算分	
	(病院数)	(31)	(111)	(56)	(16)	r 値※	p 値※
	(平均病床数)	(61.6)	(132.4)	(217.6)	(242.2)		
<b>機能性</b>							
平均在院日数	(日)	53.54	24.87	13.86	9.95	0.501	0.000
医師一人当たり入院患者数	(人)	8.71	6.41	4.26	3.13	0.523	0.000
職員一人当たり入院患者数	(人)	0.7	0.49	0.41	0.34	0.502	0.000
ケアカンファレンス実施率	(%)	19.2	5.8	2.4	1	0.320	0.021
二次医療圏外からの在院患者割合	(%)	6.3	10.7	19.1	31.1	0.471	0.000
<b>収益性</b>							
経常利益率	(%)	-0.7	3.0	1.2	4.2		
償却前経常利益率	(%)	2.9	7.0	5.9	9.1	0.145	0.035
材料費率	(%)	16.7	17.6	21.2	23.0	0.272	0.000
人件費率	(%)	57.4	54.8	52.8	44.1	0.364	0.000
職員一人当たり人件費	(千円)	5,752	6,149	6,924	6,425	0.263	0.000
<b>安全性</b>							
I 床当たり固定資産額	(千円)	9,667	11,760	15,859	25,194	0.474	0.000

※ 相関分析 r値 相関係数 p値 p-value

出所：厚生労働省 平成25年度病院経営管理指標

さらに定性的な区分について Kruskal-Wallis (クラスカル・ウォリス) 検定を行った看護配置基準別の場合は、定量的な相関はあてはまらないが、 $p$  値から看護配置区分に収益性（経常利益率、償却前経常利益率）の点での傾向は伺える。そこでは 10 対 1 看護基準の場合が最も収益性がよくなっており、あくまで平均値であるが入院単価でいうと 41,455 円で、先の分類の②であり、入院単価別の収益性と整合がとれ、一定の目安を示すといえる。

### 3-3-2 平成 26 年度の病院経営管理指標

平成 26 年度の病院経営管理指標についても、同様の分析がなされ、機能性指標相互の相関は高いので、一般病院全体が厚労省の進める機能分化に向かって進んでいることを示すといえよう。一方で収益性指標については、平成 25 年度の調査とは様変わりしている。すなわち、入院単価別に平成 25 年度と同じように収益性の相関を分析した結果、経常利益率では 0.150 の非常に弱い相関係数が得られているが、p 値の記載はなく、償却前経常利益率は相関係数の記述がない＝相関性なしである。しかも、率は入院単価の低い順に①2.9% ②5.9% ③5.4% ④7.0%であり、平成 25 年度よりも平均値として②と④で 2%程度下がっている。

看護配置別の Kruskal-Wallis（クラスカル・ウォリス）検定に至っては、収益を示す経常利益率や償却前利益率には p 値の記載がない＝区分に有意性はない、という結果となっている。機能別の法則性が希薄となり、平成 26 年度改定の影響で、全体に収益性が下がり、個々の医療法人のバラつきが一層広がったことが伺える。そしてそのバラつきの動きがこうした機能別の分類だけでは傾向としてはとらえることが難しいことを示している。

### 3-4 サンプルの問題

#### 3-4-1 サンプルの継続性

こうして近年病院経営管理指標では統計的な分析を示しているが、収益性についての相関性は現行の分類では出にくく、相関性が認められても極めて低い値である。また、この経営管理指標の問題は、毎回アンケート調査であるがゆえにやむを得ないが、その時々回答者の属性に左右されて結果が安定せず、ベンチマーク指標としての長期的な傾向を見るには変動が大きく、適切といえないことである。たとえば図表 3-4 にみられるように、5 年間（欠落している平成 24 年度を除く平成 21 年～26 年）の経常利益率の推移を医療法人についてみた場合、病院の 4 つの機能別タイプ（ここでは一般病院、療養型病院、ケアミックス病院、精神科病院）で奇妙な傾向がわかる。

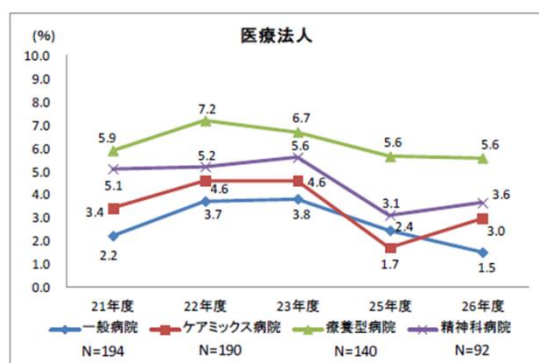
すなわち平成 26 年度の収支については、一般病院を除く療養型病院、ケアミックス病院、精神科病院は全体的に 25 年度に比べて横ばいまたは改善していることがわかる。しかし、それはその年の回答者の平均値であり、5 年間継続して回答があった病院の平均値からみると、平成 26 年度ははっきりと経常利益率としては悪化している。ただし逆に継続して回答している病院は 20 件程度と少なくなっており、極端な値があると影響がでる可能性がある。

この点は実施した厚労省側も認識しており、「集計対象件数が少ない年度や指標は、各年度の結果が大きく変動すること」「各年度によって、調査票の回答病院数が異なる為、集計対象件数が相違すること」と利用する上での注意点を指摘している。

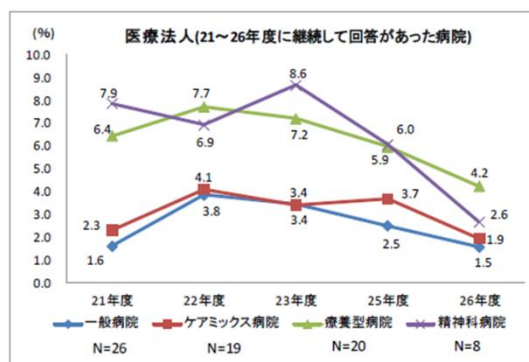
医療法人の場合のアンケート調査への回答率は平成 25 年度で 13.6% (775 件)、平成 26 年度で 11.8% (679 件) であり、いずれも 15%未満の回収率ということで、全体像を示しているかどうかは判断が難しいのである。

図表 3-4 5年間の推移 医療法人の経常利益率

#### アンケート調査に回答した医療機関計



#### 5回のアンケート調査にすべて回答



アンケート調査の場合、回答を寄せるサンプルに依存するしかないが、それがその年度の決算の動向を反映しているのかどうかは不明である。  
継続して回答してきたサンプルのみの傾向とは明らかに異なるが、今度はそのN数が少なくなるので、平均値には大きな変動がさげられない。

出所：厚生労働省医政局 平成26年度 病院経営管理指標より作成

### 3-4-2 医療法人にとってのベンチマーク

この点独立行政法人福祉医療機構の経営分析参考資料は、対象が「貸出先」に限定され、審査を通過し、なおかつ積極的な投資を行う医療機関であるがために、この点のバイアスがかかってはいるが、その対象は連続性があるので長期的な傾向をみるのに適している。しかし公開されている概要版によれば、分類ごとにデータの平均値一本を載せているに過ぎないし、統計的なデータの検討はない。

その実態はたとえば平成 25 年度と 26 年度でいえば、サンプル数は 822 件と 811 件で、それぞれの平均病床数は 186.8 床と 186.6 床なので、やや大きめの中小病院ということになるが、平均在院日数は 20.2 日と 19.6 日で、入院単価は 45,319 円と 46,284 円なので 7 対 1 病床と 10 対 1 病床のミックスの平均値となり、病院経営者としては参考とすることは難

しい。

同様に、一般社団法人全国公私病院連盟が一般社団法人日本病院会と協力して例年 6 月に実施している病院運営実態分析調査の対象は、両団体に加入している病院で、毎年集計数は若干異なるものの、平成 26 年度でいえば加盟 3,131 の病院数のうちの 925 件であり、例年約 3 分の 1 で安定している。ただしこの分析も同様に、機能別の平均値が一本のみ分析され、統計的な検討はない。また自治体病院が 486 件あり、私的病院（医療法人等）は 181 件にすぎないので、民間病院の動向を示すものとしてはサンプル数は少なすぎるといえるであろう。

### 3-5 診療科別収支の指標

#### 3-5-1 平成 24 年度の厚労省の診療科別収支調査

病院は診療科によって入院単価が大きくことなり、事業特性も異なるので、本来診療科別の収支をみるべきであるし、病院側もそのような事業計画を策定しているはずなので、次はこの点の研究をした例をとりあげてみたい。

これについては、厚労省の「平成 24 年度医療機関の部門別収支に関する調査<sup>20</sup>」がある。これは元々が「病院の診療科別経営実態を捉えるため、診療科別収支計算方法を開発することとし、開発された診療科別収支計算方法を活用し、診療科別経営状態の把握を行うことにより、診療報酬改定に当たっての政策立案に資する基礎資料を整備するもの」で、平成 15 年より開発されてきた、階梯式原価計算の手法によって病院の原価計算を行った試みの中で示されている。

この章では診療科としてレセプトで使用されている 39 の診療科を 14 の診療科群にまとめた診療科群別の収支の特色について、統計的な分析はないものの「1 人 1 日当たりの医業収益・医業費用 外来・入院別」の散布図とそれに対応した「入院及び外来計の収益率」の度数分布の図に基づいて、図表 3-5～10 のように N 数が 100 以上と多く、結論としてははっきりとした傾向が表れた 6 つの診療科群についてとりあげてみたい。

---

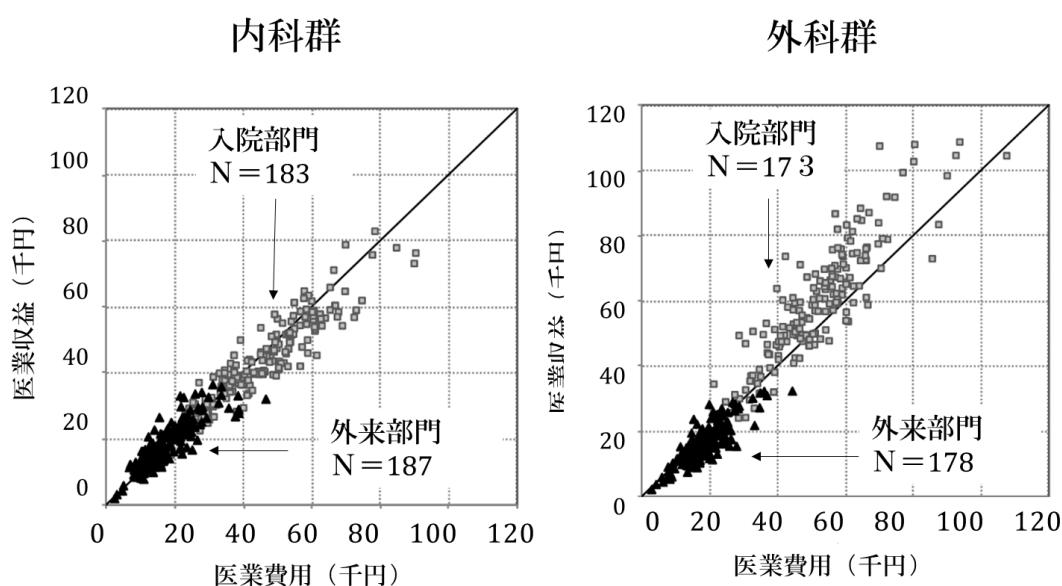
<sup>20</sup> この調査は平成 25 年 7 月に発刊された。その目的は「平成 15 年度から平成 20 年度までに実施された『医療機関の部門別収支に関する調査研究』により確立・検証された診療科部門別収支計算手法、及び平成 21 年度調査において提示された調査の簡素化の方法に基づいた『一般原価調査』『特殊原価調査』を行い、医療機関における医業経営の実態等を診療科別に把握し、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。」とある。集計された病院は 216 病院で、そのうち医療法人は 71 件である。



特に入院部門に注目してみると、内科群（N=189 件）は病院によるバラつきが少なく、1 人 1 日当たりの医業収益＝入院単価の大きい所から小さい所までほぼ医業収益・医業費用が同じとなる 45 度線付近に点がかたまっており、収益率の度数分布も－10%～0%未満及び 0～10%未満の階級にほぼ収斂している。

これに対して外科群（N=176 件）は 1 人 1 日当たりの医業収益が 4 万円以上に大きくなると、医業収益・医業費用の 45 度線よりも点が左上にある、すなわち医業収益の方が大きくて全体の収支がプラスになる割合が高いという傾向にある。そして外科群の収益率の階級では、0～10%未満を中心に、10～20%未満も加えた 2 つの階級にほぼ黒字でかたまっている。これは手術などの多い単価の高い急性期医療が、収支の上では有利であることを示しているといえよう。

図表 3－5 患者 1 人 1 日当たり医業収益・医業費用分布（内科・外科）

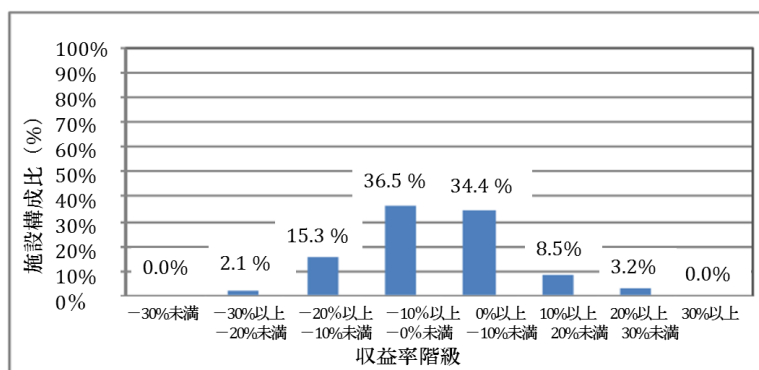


出所：中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関のコスト調査分科会）  
平成25年7月17日資料より目盛を補足して作成

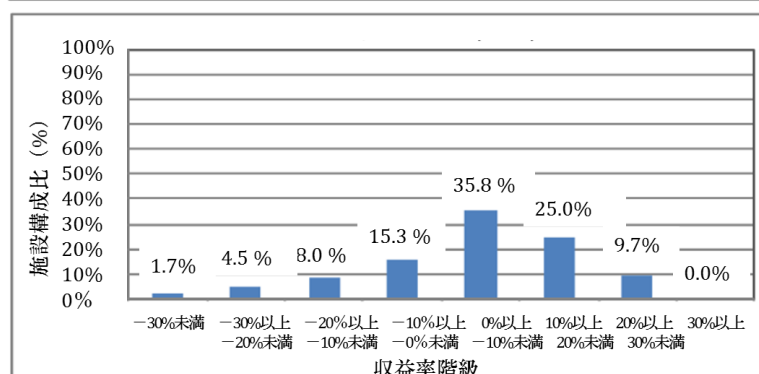
小児科群（N=120）と整形外科群（N=165）は医業収益と医業費用が均衡する 45 度線からは大きく離れている散布図上の点が多く、入院及び外来計の収益率も－30%から+30%まで幅広く広がっている。これはこの診療科目群では病院によって収支のバラつきが大きく異なることを示しており、診療群という機能別の分類だけでは収支の説明がつきにくいことを示している。

図表 3－6 収益率の分布（内科・外科）

内科群  
入院外来  
(N=189)



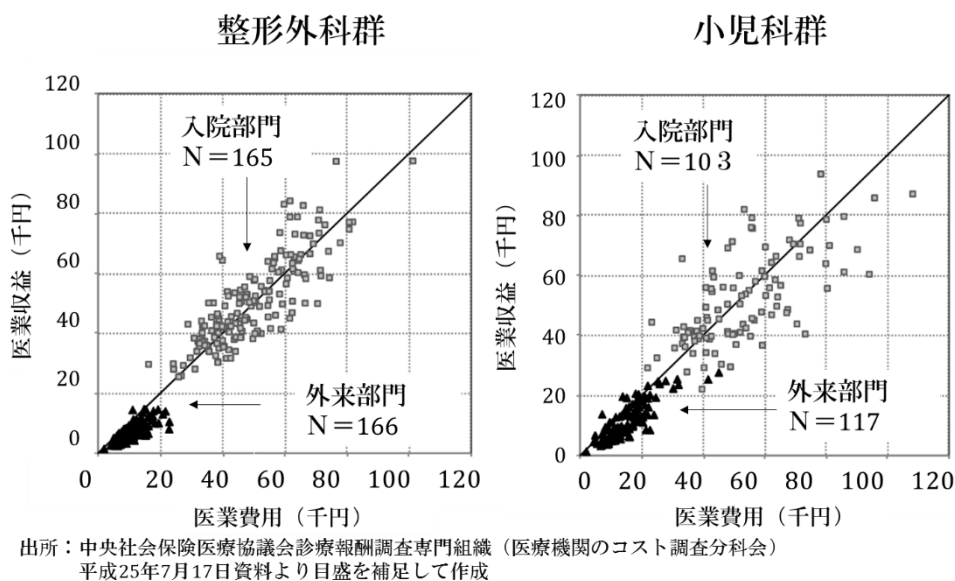
外科群  
入院外来  
(N=176)



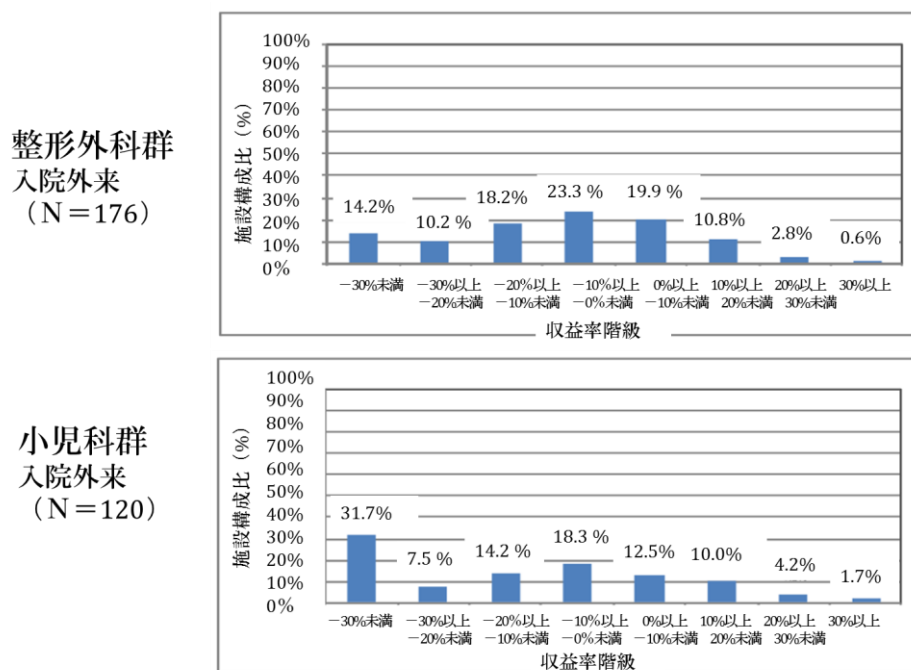
出所：中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関のコスト調査分科会）平成25年7月17日資料より作成

眼科群（N=117）と皮膚科群（N=105）については、散布図上で入院医療の収支をみると極めて対照的であり、眼科群は入院単価の高い点が多く、かつ45度線の左上がほとんど＝ほぼすべてが黒字であるのに対し、皮膚科は単価が低い点が多く、かつ45度線より右下ばかり＝ほぼすべてが赤字となっている。ただし眼科の場合、この医業収益と医業費用の関係は短期の手術が中心と思われる入院についてであり、外来も加えた収益率は結局－30%から+30%まで幅広く散らばっている。病院の場合でも数の上で圧倒的に多い外来の収支が全体の収益性を悪くしていると考えられる。一方で皮膚科は結局いずれにしろ－30%以下の収益率の所が多いという傾向が示されており、病院の収支として皮膚科の現状は、どのように経営しても部門としては赤字にならざるをえないということがわかる。

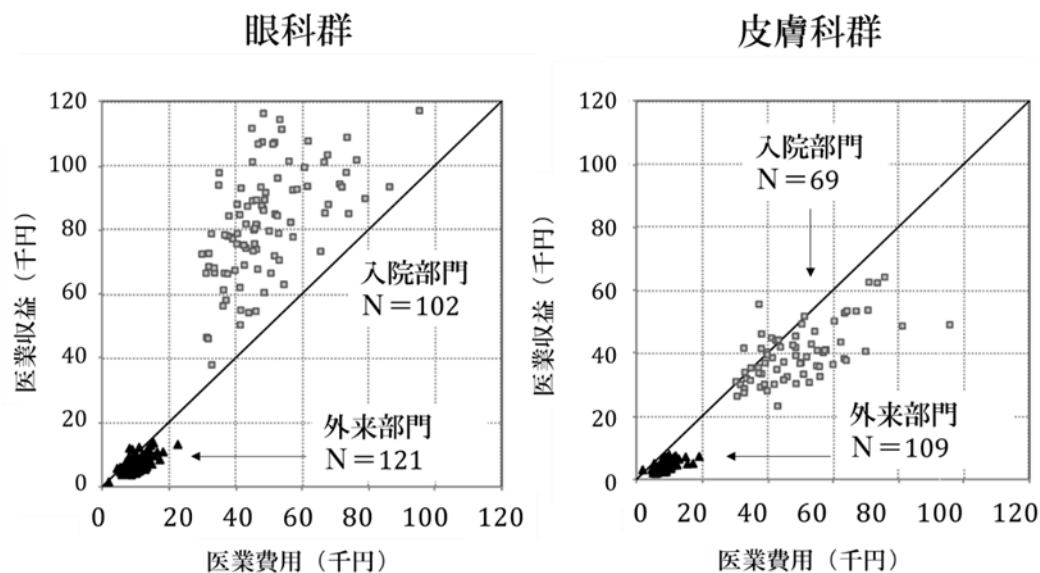
図表 3－7 患者 1 人 1 日当たり医業収益・医業費用分布（整形外科・小児科）



図表 3－8 収益率の分布（整形外科、小児科）

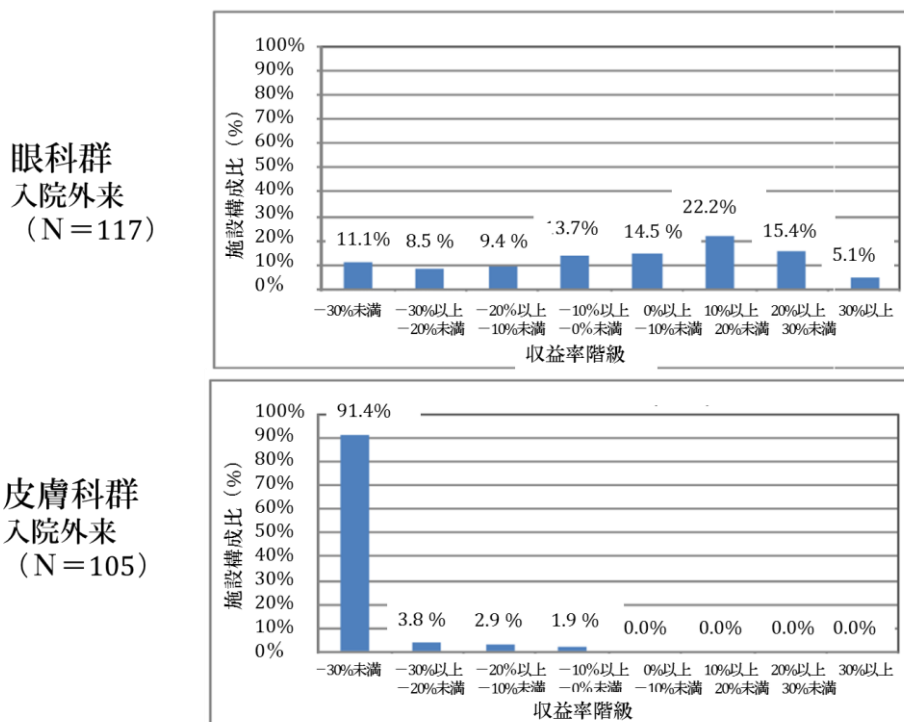


図表 3－9 患者 1 人 1 日当たり医業収益・医業費用分布（眼科、皮膚科）



出所：中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関のコスト調査分科会）  
平成25年7月17日資料より目盛を補足して作成

図表 3－10 収益率の分布（眼科、皮膚科）



出所：中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関のコスト調査分科会）平成25年7月17日資料より作成

### 3-5-2 診療科別の収支の考察

この診療科別の収支の分析でわかることは、診療科によっては公定価格である「診療報酬が要因の全て」としかいえないような特色が示されている、という事である。それはすなわち病院によっては診療科の構成具合によって収益性が決定されるといえる場合があるということであり、どのような診療科の経営戦略を取るかが重要となってくる。

たとえば皮膚科群のように個々の病院の経営努力ではなかなか部門を黒字にすることはできない診療科がある一方で、外科群のように、(手術などで) より高い単価となる医療を行えば黒字になりやすい診療科もあるというわけである。さらに小児科や整形外科のように赤字にも黒字にも大きくばらつき、個々の病院ごとの経営に大きく依存している診療科もあり、そして内科群のようにおしなべて収支(収益率)が安定している診療科もあるのである。内科は呼吸器内科、循環器内科、消化器内科など診療内容が幅広いものの、内科群では診療内容が比較的標準化していて、費用の把握が適切にされており、それにあわせて診療報酬が支払われている、といえよう。またバランスの構成は異なるが、眼科群のように、入院部門の極端な黒字(白内障等の短期入院の手術の影響と思われる)と外来部門の極端な赤字で、結果的に診療科としての収支が平準化するように診療報酬の配分がされていると考えられる診療科もある。

なおこの結果は1年前の平成23年度調査も同様の傾向を示し、この間に平成24年度の診療報酬の改定があったものの、傾向は変わらなかった。ただしこの指標は、平成24年度まで5年間にわたり特別に調査されたものであり、毎年発表して一般病院の参考に資するものではない。事実この調査プロジェクトは、次に述べるようなサンプルバイアスの問題に行き詰まり、停止したままで今日に至っている。

まずこの結果を構成するサンプルは公的病院に偏っている面があり、赤字にならないように収益をあげることに目標をおいているとはいえない所が多いことになり、医療法人としての参考度は限定的である。

またこの調査のサンプルについては全国の3,570病院に協力を依頼したうち、応諾回答病院が455件で全体の12.7%だったが、そのうち回答として有効なものは、結局216病院であり全体の6.1%となっている。その内訳は開設者別には国公立が77件、医療法人が71件、その他＝公的(日赤、済生会、厚生連など)、社会保険関連法人(全国社会保険協会連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会など)、それ以外(公益法人、社会福祉法人、医療生協など)の小計68件となっており、国公立や公的な所が67%を占め

ている。これはやはりこの種の調査では管理会計が整備されている所でないとは回答しづらく、結局は国公立や公的な病院で電算化が進んでいる DPC 制度の対象病院で、規模の大きな所にならざるを得ないのが原因と思われる。実際の内訳は DPC 対象及び準備病院が 169 病院（1,712 病院に依頼）それ以外が 47 病院（1,858 病院に依頼）であり、規模別には 200 床未満の中小病院が 88 病院（2,084 病院に依頼）で全体の 40%、200 以上 500 床未満が 99 病院（1,124 病院に依頼）、500 床以上が 37 病院（362 病院に依頼）となっている。

医療法人では、病院全体の収支はわかるが、その先の部門別の原価計算が遅れており、診療科別の収支を把握している所<sup>21</sup>は極めて少ないのである。

### 3-6 医療経営の収益性を決定づける 2 つの側面

#### 3-6-1 経営戦略と経営管理

これらの研究からわかることは、病院経営の収益性はそもそも診療報酬の改定動向に大きく影響され、戦略的に選択した診療科や施設基準、診療の機能も診療報酬制度によって定められた公定価格によって、プラスにもマイナスにも一定の制約を受ける。しかし現実の医療機関の収支はバラつきが大きく、診療報酬制度や診療機能だけでは説明できない。それが病院経営管理指標があまり用いられない弱点でもある。そしてある程度それらが均一となっている病院グループの場合は、投入した人材や設備資源からいかに効率よく成果をあげられるか、という経営管理（マネジメント）能力があるかないかによって収益性が決定づけられるわけである。

大規模な病院グループのデータの場合、そうしたグループ内で経営管理が進んでいるので、傾向がでやすいともいえ、荒井他〔2014〕にも、経営管理が進んでいることの証左として、「管理会計の実践度が高い医療法人ほど、医業利益率が高い」という報告がある。

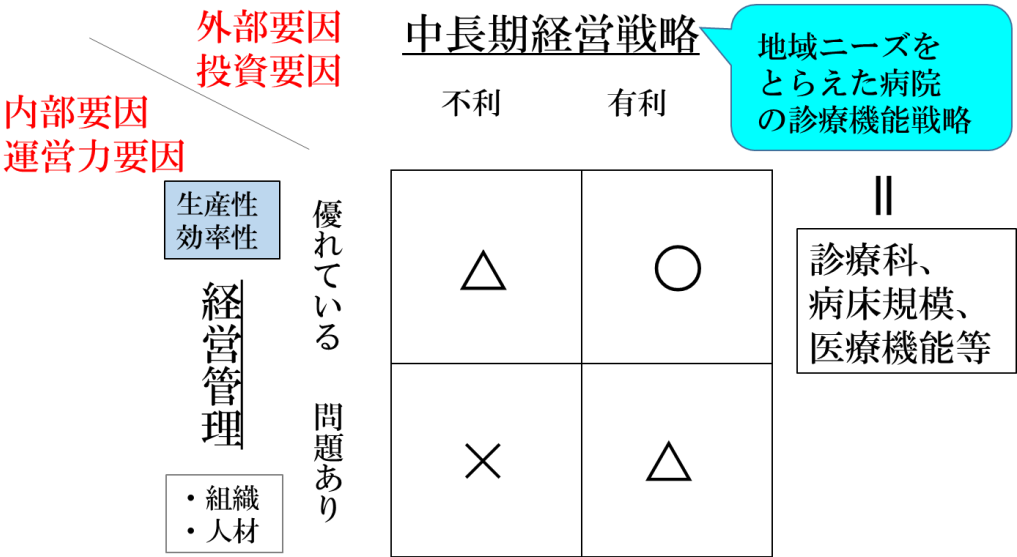
これらをまとめると、医療機関の経営において収益性を決定づける要因としては 2 つの側面からみる必要がある、ということであろう。ひとつは中長期の経営戦略ともいえるもので、地域ニーズをとらえた病院の診療機能の選択であり、診療科、病床規模、診療機能等ど

---

<sup>21</sup> DPC/PDPS をきっかけとして、原価計算が導入された病院が多くなっており、「部門別原価計算を導入している病院の約 7 割が DPC/PDPS 導入前後に部門別原価計算を始めている。」一方で同じ荒井他〔2013〕の質問票調査によれば、「事業計画を策定している病院は 9 割を超える」ものの、「部門別に収益予算管理を行っているのはわずかに 2 割強、部門別の費用予算管理に至ってはおよそ 13% の病院のみ」でしか実施されていない（荒井他〔2013 年〕 pp.77－89）。

ここにどのように資源を投入するか、ということで外部要因ということができる。これは診療報酬と密接に結び付いており、その選択によりある程度診療報酬制度に従って収益性が決定される。これに対して 内部要因ともいえるのが、投下された資源を組織マネジメントによってどのように効率的に活用するのか、という側面であり、財務管理、組織管理といった個々の経営管理能力によって収益性が左右されるものである。この関係は例えば図表 3-11 のようにイメージとしてあらわされる。

図表 3-11 経営戦略と経営管理から考えたフレームワーク



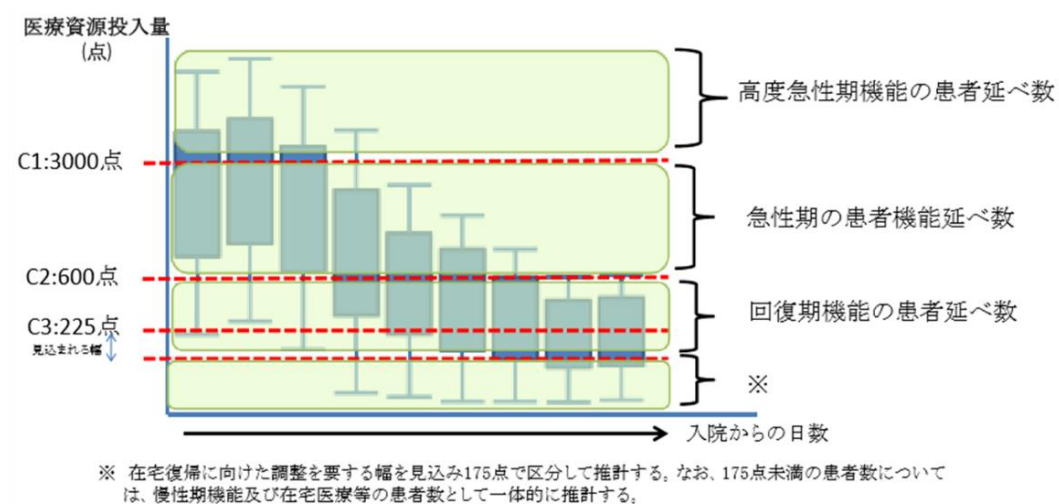
### 3-6-2 経営戦略の方向性を測る指標

横軸となる経営戦略の内容についてみてみよう。経営戦略はここでは、目指す医療を実現するための、医療機能の選択に伴う方策、例えば資源の投入となる。考えるべきタイムスパンとしては中長期となる。経営戦略の選択とは、たとえば診療科の選択があてはまる。多くの外科群は先にみたように戦略的に収益性を保ちやすく有利といえ、反対に皮膚科群の場合は診療報酬の影響としては収益性が低い場合が多く、経営戦略としては収益性に関しては左側の不利の分類となる。収益性を保つには、なんとか経営管理面でやりくりするしかない、ということがいえるのである。

そして診療科にかかわらず共通の定量的な経営戦略の指標として考えられるのは、結果としての入院単価である。これはこれまでもふれた病床あたりの「患者1人1日当たりの診

療単価」のことであり、出来高にしろ、包括にしろ、一定の診療機能を反映し、診療報酬と直結している。たとえば、厚労省でも地域医療構想の策定における病床機能別の需要（患者の延べ数）の推計に際して、「医療資源投入量」としての「医療費＝患者当たりの1日の診療報酬点数」をもとに境界値を設けるやり方を図表3－12のようにとっており、図表3－13のように点数による推計値を示している。それほど、入院単価は医療機能を示しており、その入院単価となるような医療機能を持つことがとりもなおさず、それぞれの病院が医療において実現しようとしたためにとった経営戦略の結果なのである。

図表3－12 医療資源投入量による医療需要の推計イメージ



出所：厚生労働省 2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法（案）、平成27年3月、p 2

### 3-6-3 経営管理能力を測る指標

これまでの経営管理指標といわれるものは診療報酬を切り口とした外部要因といえる横軸の指標が多く、それだけではバラつきが大きく、ベンチマークとして有用は低かった。バラつきの原因として内部要因の影響が大きいのであるが、それを分けて分析して指標として提示することが少なかったのである。それでは縦軸ともいえる経営管理（内部要因）を示す具体的な指標はどのようなものであろうか。従来の病院経営の指標でいえば、まず平均在院日数や病床稼働率などのベッドコントロールの指標があげられる。それらの管理に優れているということは結局、効率のよい運営ができていているわけである。従って組織管理がしっかりできていて生産性が高い、あるいは組織のモチベーションが高く生産性があがっている、といったことを示す指標が考えられるであろう。



図表 3－13 病床の機能別分類の境界点（C1～C3）の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

出所：厚生労働省 2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法（案）、平成27年3月、p 4

### 3-7 小括

現在の病院管理指標は診療報酬制度に沿って、その影響を測定するという目的が大きく、診療機能のベンチマークとしての臨床指標が中心であり、「どのような経営をすればよいのか」を示す経営管理指標を提供しているとは言い難い。端的にいえば、選択した「経営戦略」としての「ある診療機能」を持った場合「診療報酬制度の誘導に従うとこのような臨床指標となる」ということを示しているに過ぎない。経営の継続性の観点からの収益性を示す財務指標の比重が大きいとはいえず、提示の仕方は簡略であり「平均をとるとこのような財務指標になるところが多い」ということをバラつきも大きく信頼性が低いことを承知の上で示しているに過ぎない。アンケート調査が中心であるという技術的な制約ももちろんあるが、これでは診療についてはよくても、経営の一面を捉えているにすぎず、経営管理指標としての確かなベンチマークを示しているとは言い難い。

なるほど医療機関の収支には診療報酬制度の影響が大きいとしても、実際の経営はそれだけではない。個々の医療機関ごとに見合った「優れた強い組織」を作り、経営資源としてのヒト・モノ・カネ等の観点から良いサイクルを回していけるかどうか、という経営管理の

良しあしにもかかっているのである。医療機関の経営を見る場合はこのように「経営戦略」と「経営管理」の両面でみていく必要もある。現在の指標はそれが混在して提供されており、わかりにくくなっているのである。

公的な資金に大きく依存している我が国の診療報酬制度の下では、今後ますますしっかりとした経営管理、特に組織管理なくしては経営の継続性を保てなくなるといえよう。すなわちマネジメントサイドがいかに職員のモチベーションを高め、組織の生産性をあげられるのか、という能力が問われているのである。厚労省もマイナス面を減らすという意味で「雇用の質の改善プロジェクト<sup>22</sup>」をたちあげて、この面での実践研究を進めている。

---

<sup>22</sup> 厚生労働省では、職場環境の改善が「医療の質の向上」に役立つとの考えから、医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチームが発足し、その報告書が平成 25 年 2 月に発表されている。それによると「医療分野の勤務環境の改善により、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが必要不可欠である。特に、長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医師や看護職員等が健康で安心して働くことができる環境整備が喫緊の課題」であり、その「良質な人材の確保と定着が離職率の低減をもたらし、臨床成績、医療安全につながる」とされている。

## 第4章 病院経営を評価する経営管理指標の先行研究

### 4-1 病院グループと類型化

#### 4-1-1 クラスタ分析による類型化

これまでの病院経営管理指標は、その類型化の種類が厚労省の定める施設基準や診療科、診療機能といった診療報酬制度に準拠していた。その結果売上（医業収益）は機能性についての指標の特色と一致するものの、収支の点での特色を把握するには不十分、あるいは限定的であった。つまり経営戦略の影響と経営管理の影響が混在していたといえる。

この点、新しい類型化のパターンの分析を試みたのが、河口[2008]である。これは2002年に全国の病院の収益性と機能性のデータを「病院経営管理指標」と同じように改めてアンケート調査により1,277病院から集め、そもそも何が病院経営を特徴づけるのかを主成分分析から導き出したものである。そして経営者の経営努力で短期間には変えられない「規模・範囲（病床数、従業者、診療科目の多寡等：筆者註）」「地域特性・環境（該当地域が過剰病床か否か等：筆者註）」という、施設基準とは異なる基準を手掛かりにクラスタ分析を行い、5つのクラスタを抽出して病院を類型化した。その結果、郡部で人口が少なく病院数も少ない地域の小病院（平均病床76.4床）や都市の大規模病院といった5つの類型をデータから数値で導き出した。この分類をすることで、外部要因ともいえるべき経営環境やそれに対応した経営戦略がある程度一致する病院クラスタをそろえることができ、そのクラスタ毎に収支の分析をすることで、もう一つの軸である内部要因である経営管理軸の影響だけをみることができるといえる。

結果としてクラスタ毎に単年の収益性を目的変数として行ったロジスティック回帰分析の結果は、「人件費の引き下げが、もっとも影響度が大きい」「最も影響度が大きいのは、材料費率を低下させること」など、経営管理として普遍的な要因が抽出されている。

#### 4-1-2 厚生連病院の分析

##### 4-1-2-1 厚生連病院の重要業績評価指標分析

これに対し、近年同じ開設主体の病院グループごとの分析を行った研究がいくつか発表されている。開設主体が同じグループごとの病院を研究対象とすることは、まとまったデータを比較的容易に入手できる点が便利であるが、さらに河口[2008]のように様々な病院のデータを収集したあとでそれを類型化するのとは異なり、全国的にある程度同じ歴史的な背景や診療機能をもつ病院を集めて分析することができる点で優れており、研究対象全体の傾向がしやすいといえる。

鳥邊[2012]は財務データだけでなく、多くの診療データにまで踏み込んで収益性を論じた

研究を行った。これは全国 115 の厚生連の病院のうち一般病床の割合が 80%以上の（すなわち療養病床や精神病床の割合が低い）75 の病院の病院経営管理指標の分析である。結果として病床規模の平均が 378 床と比較的大きい。ここではその厚生連病院の個別のデータを横断的に比較し、BSC<sup>1</sup>の考え方に従って「経常収支比率」「減価償却費率」「職員一人当たり医業収益」「医薬品費率」「経費率」「委託費率」「支払利息負担率」「粗付加価値率」などの財務データに留まることなく、「新入院患者成長指数」「平均在院日数」「患者 100 人当たり職員数」などの診療指標をも織り込んだ分析である。

そして、単年度分ながら、経常収支比率を従属変数とし、上記のような 9 つの KPI（鍵となる指標）を説明変数とした相関分析及び相関のある変数の重回帰分析を行って、指標の有意性を判断しようとした。そして収益性につき、①新入院患者成長指数、②粗付加価値率、③経費率、④委託費率、⑤平均在院日数、⑥職員一人当たり医業収益、と相関が強く、それらを説明変数とした重回帰分析では、自由度調整済み決定係数 0.811 からみても、よく説明できる関係と結論づけている。

この分析の病院は一般病院であり、病床規模からみて DPC 病院で、DPC 病院のための治療の標準化、特に平均在院日数の短縮によるインセンティブを受けるような病院経営をすると収益性が高まることが裏付けられている。すなわち第 2 章で述べたように、同じ診断群分類に属する疾患をより短い入院期間（全国の平均よりも）で治療を終えて退院させ、次の患者でベッドをうめて回転率を高めると、現在の診療報酬制度では、より高い単価を継続的に享受することができて、収益性を高めることができる。しかし、この研究では第 3 章で述べたような入院単価や病床利用率が当初の 9 つの KPI として選択されておらず、結果として収益性との相関は報告されていない。

ところが、経営の問題点の考察に至って 75 の病院を経常収支率と粗付加価値率で代表される労働生産性の 2 軸で 4 つにグループ分けし、経常収支率の高い病院と低い病院の特色を導き出そうとした時、説明のために「便宜的に」実稼働病床数を加え、さらにグループ毎の年間病床利用率と入院単価の平均値を補足している。図表 4－1 にみられるようなこのグループ分けについて以下で新たに考察したい。

---

<sup>1</sup> BSC とは Balanced Score Card の略であり、日本医療 BSC 研究会[2007]によれば、1990 年代に米国において企業のために開発された「戦略的マネジメントツール」であるが、医療界でも米国を中心に導入・活用が進んでいる。それは BSC が「財務の視点」「顧客の視点」「内部ビジネスプロセスの視点」「学習と成長の視点」という 4 つの視点を持ち、財務数値に表される業績だけでなく、それ以外の経営情報を定量的に評価する特色を有するからである。ここでは鳥邊は川淵[2003]による日本の医療版の BSC 試作版を参考にしている。

#### 4-1-2-2 厚生連病院のグループ分けが意味すること

今回の鳥邊の4つの分類（オリジナル：図表4-1）は経常収支率が100より大きい／小さい、すなわち黒字か赤字かと粗付加価値率（労働生産性）の大小に着目して、「労働生産性が平均より高い、経常収支率が100より高い（G1）」「労働生産性が平均未満、経常収支率が100より高い（G2）」「労働生産性が平均より高い、経常収支率が100未満（G3）」「労働生産性が平均未満、経常収支率収が100未満（G4）」の4つに分類し、それぞれに分類された病院群の特色について、他の指標を比べている。被説明変数である収益性を一つの軸として採用しているので、この研究の4つのフレームワークは、結局収益性が良い、悪いということ、説明変数として労働生産性のみを元に整理しようと試みているともいえる。ただ病院経営において「労働生産性が高い、低い」原因は鳥邊のいう「個々の業務の効率性」の他に、診療機能によるところも大きく、その場合第2章で述べたように医師や看護師という資源の投入による診療単価の高さと相関することが多い。たとえば、急性期の病院で手術の多い所は、医師や看護師を多く必要とし、それは入院単価の高さに表れ、労働生産性の高さに直結する。いわゆる高コスト高収益モデルである。しかしだからといって必ずしも収益性が高いことにならないのはこれまで見てきた通りで、人件費倒れになることもあるのである。さらにここで鳥邊も指摘しているように、設備投資による減価償却費の影響がある。将来高い診療機能を維持するために設備投資をさかんに行っている病院である場合である。2つともせっかく資源を投入しても期待通り十分な収益を上げられない場合であり、入院単価が高く、労働生産性が高くても給与に消える、すなわち労働分配率が高い場合が典型である。これは第2章でみてきた通り、現在の急性期病院では病床利用率が低いことでこの現象があらわれている。事実この研究でも労働生産性は高くても経常収支率の低いグループの平均病床利用率は低い。

また、「労働生産性が低くても経常収支が高いグループ（G2）」の特色は、入院単価が低く付加価値も低いのだが、病床利用率は総じて高いことがわかっている。すなわち診療機能が低く、財務面で生産性は低くとも、病床のマネジメントに優れて病床を高稼働にさせておくと、収益性にはつながるということを示している。

また「労働生産性が低く、経常収支も低いグループ（G4）」は入院単価が低く、平均在院日数が長く、病床利用率も低い、ということで、急性期病院として収益性の点で悪い面がそろっている。もう一つの特色はこのグループは平均病床規模が218床と小さく、厚生連の中でも中小病院が多いグループであり、急性期病院として高い診療機をは持ち合わせていないケースが多いと考えられる。

#### 4-1-2-3 厚生連病院の新たなグループ分けの軸

そこで、今回の4つのグループを改めて読み替えたのが、図表4-2である。これは、オリジナルの分類の軸を病院が選択した経営戦略と経営管理の巧拙の2軸に読み替えたものであり、数値を変更したものではない。

まず横軸は、経営戦略としての入院単価が考えられる。これは選択した高度な診療機能による収益の確保を目指したためにとった、「高コスト・高収益」という経営戦略を表す指標である。労働生産性の高さと同じ動きをする指標といえるが、病院側が戦略として選択したのは、結果としての労働生産性ではなく、平均在院日数を短くして勝ち取ろうとした、DPC制度上の1日当たりのより高い入院単価であり、横軸を経営戦略とみた場合にふさわしい。事実、オリジナルの4つの分類を比べてみると、労働生産性が高いといわれている2つのカテゴリーは、そろって入院単価が高いことがいえるのに、元の分類で基準としたはずの労働生産性（粗付加価値率）自体は必ずしも分類間の高低の差が明瞭ではなく、平均値では低いと分類した所（G2）の方が、高いと分類した所（G3）よりも高くなっており、労働生産性として粗付加価値率を基準とすることに整合性はない。（但し、「職員一人当たりの医業収益」を労働生産性の軸としていたとしたら傾向はでているし、この指標では相関性が報告されているので、次ページのオリジナル版の引用では分類の軸としてこの指標を採用している。）

そして縦軸としては、被説明変数である収益性ではなく、経営管理軸と読み替え、すでにオリジナルの分類に表れているように、組織管理としての病床マネジメントの能力が考えられる。それは病床利用率に表れている。こうして経営戦略上の選択と経営管理上の良否によって、4つのグループそれぞれの収益性の特色が説明されることになる。

前述のように本論で4つのグループ分けで分類の軸として使用した、入院単価と病床利用率は平均値としてはグループ毎に明瞭な違いはあるが、オリジナルの論文では収益性との相関について分析や報告はない。相関性の分析を行わなかったか、同時に相関性をみた場合は関係が観察されなかった可能性がある。本論文では病院経営では2つの軸を独立して考えるべきとしているが、これまでの指標研究ではこのように、2つを区別することなく、同時に並列に試みているのである。

図表 4－1 厚生連病院の分類（経常収支率と労働生産性による）

経営管理指標による厚生連病院の分類（オリジナル）				
		労働生産性		
		低い	高い	
実稼働病 床数 378	経常収 支率			371床
100以上		職員1人当り医業収益 13.6千円 平均在院日数 18.8日 病床利用率 80.0% 減価償却費率 4.4% 入院単価 40,872円	職員1人当り医業収益 15.8千円 平均在院日数 16.7日 病床利用率 83.0% 減価償却費率 5.1% 入院単価 44,305 円	
100以下		職員1人当り医業収益 12.1千円 平均在院日数 24.3 病床利用率 65.5 減価償却費率 4.8 入院単価 33,325円	職員1人当り医業収益 15.4千円 平均在院日数 16.3 病床利用率 73.2 減価償却率 8.6% 入院単価 43,120 円	実稼働病 床数 357
218床				
出所：鳥邊晋司(2012) 平成22年度のデータにもとづく				



図表 4－2 厚生連病院の分類（入院単価と病床利用率）

厚生連病院の分類（2軸の読み替え）										
セグメンテーションの軸の 読み替え					経営戦略＝医療機能の選択 そのための資源の投入					
					入院単価					
					低い		高い			
実稼働病 床数 378					低い		高い			371床
組織運営Ⅱ ベッドコントロール能力	高い	病床利用率	低収益構造を運営努力で補う			運営能力＞設備投資負担			371床	
			労働生産性 低い	平均在院日数 長い	14	39	労働生産性 高い	平均在院日数 短い		
			病床利用率 高い	減価償却率 低い	黒字	黒字	病床利用率 高い	減価償却率 低い		
			低収益構造を運営努力で補えない			運営能力＜設備投資負担				
低い	病床利用率	労働生産性 低い			労働生産性 高い			357床		
		平均在院日数 長い	赤字	赤字	平均在院日数 短い					
		病床利用率 低い	減価償却率 低い	16	6	病床利用率 低い	減価償却率 高い			
		低収益構造を運営努力で補えない			運営能力＜設備投資負担					
218床					低い		高い			

出所：鳥邊晋司(2012)をもとに、あらたに作成

### 4-1-3 済生会グループと国立病院機構グループの指標の研究

#### 4-1-3-1 済生会グループの指標

厚労省では平成 23 年度「医療の質の評価・公表等推進事業」を行い、医療の質を定量的に評価する事業を行った。その事業に参加したグループとして社会福祉法人恩賜財団済生会がある。その平成 23 年度（2011 年）の全国の 37 病院（平均 407 床）での医療の質のデータと、経営の質ともいえる財務指標との関係を研究したのが、西野[2012]である。

その結果「入院診療単価ならびに純利益率は患者満足度、疾患プロセス、疾患アウトカムに加えて地域連携プロセスにも正の相関関係を示していた」と観察された。疾患プロセスとは早期リハ実施率などであり、疾患アウトカムとは外科手術件数やがんの退院患者数のことであり、地域連携プロセスとは退院調整及び脳卒中や大腿骨頸部などへの地域連携パスの使用率のことである。

このあと行った重回帰分析において、決定係数の高いもののみを拾うと、入院単価については疾患アウトカムのみが当てはまっており、また純利益率をよく予測するのは、疾患アウトカム、地域連携プロセス、患者満足度であり、上記の相関分析で抽出された疾患プロセスは除かれた。

DPC 病院として、まず手術の件数を増やすことは入院単価に直結するわけで西野も「いかに手術を要するがん患者の診療ができるかが急性期の病院の経営戦略になる」と結論づけている。ただしここでも、これは利益率に直結するわけではなく、あくまで目指す方向への経営戦略ということができる。一方で早期に病床を回転させる方策に沿ったオペレーションの実施に関係しているのが、疾患アウトカム、地域連携プロセス関連の指標である。これはそのまま利益率に直結していることになる。

このようにこの指標分析も、「医療の質」という観点に注目したために、経営戦略面と経営管理面での指標を一括して分析し、経営戦略面では収益性を説明できないとしているが、実は結論としては先の厚生連病院のように、この論文の指摘は本論文が目的とする経営戦略と経営管理の 2 面性を実証する形となっている。

なおここで患者満足度というのは、外来患者満足度と入院患者満足度の 2 つのことであるが、その中身についての紹介がなく、分析している「医療の質」に対する満足度なのかどうかはわからない。ただし、患者数への説明変数とはなっていないようである。そして、ここでの重回帰分析の中には、利益率が逆に患者満足度の説明変数となるともあり、収益性の高さによる施設のことなのか、職員の好待遇（職員満足度）にも関連した接遇のことなのかは不明である。



#### 4-1-3-2 国立病院機構グループの臨床指標と経営管理指標との関係

一方、公開されているので取り組みやすいといえる、全国の 143 の国立病院機能の運営による大小様々な病院の、2012 年度の医療の質を表す臨床指標と経営の質（収益性以外も含む）の実証分析<sup>2</sup>を行ったのが平岡[2014]である。

この研究対象は「大小さまざまな病院」が混在しているためと思われるが、全体を一律に調べた場合、弱い相関性しか観察されなかった。そこで一律に行ったあと、規模や機能別に 6 つのグループ<sup>3</sup>に分けて分析し、一元配置分析によって、グループ間の差を確認したあと、Dunnett 検定による多重比較を、一般病床 500 床以上の病床を比較の対象群として分析を行っている。

一般病床 500 床以上の病院は、「他の病院のグループと比べて安定性指標、収益性指標、効率性指標、生産性指標すべてに関して臨床評価指標と高い相関関係にあることがわかった」と報告している。今回の臨床指標の多くは、肺血栓塞栓症発生率、脳梗塞早期リハ開始率など、救急医療に取り組んでいる急性期病院として入院早期から患者への手厚いケアを行って、早期の退院を目指す医療に関するものが多く、それに対する診療報酬の裏付けもあり、医療機能の高い大型の急性期病院向けと考えられる。

さらに DPC 病院に限れば「EBITDA（償却金利前経常利益率）は生産性指標である病床利用率、病床回転率、平均在院日数、紹介率と弱いながらも有意な弱い相関が認められた」とあり、DPC 制度の下での診療報酬の仕組みを反映している形となっている。もともと平岡は規模別に分けたことでグループ毎の目指す医療機能、それに対する経営戦略をグループ別に反映させたことを意味するわけである。

この研究では結局、「一般病床 500 床以上の病院は全体として、経営の質向上とともに院内で医療の質向上のための QC(Quality Control)サークル活動や PDCA 活動等の病院業務改善活動が活発であることが推測された」という結論であり、規模の大きな病院ほど医療の質の向上に取り組んで経営管理にすぐれ、とりわけ DPC 病院は DPC 制度の下での望まし

---

<sup>2</sup> 安定性指標（償却金利前経常利益率、償却前医業利益率）、収益性指標（総資本事業利益率、患者一人 1 日当たり入院診療収益、患者一人 1 日当たり外来収益、RMP:人件費対人件費排除後限界利益率、RIP:人件費対間接費（投資額）率）、効率性指標（人件費率、材料費率、委託費率、人件費＋委託費率、経費率、100 床当り医業費用率）、生産性指標（付加価値率、病床利用率、平均在院日数、入院外来比、紹介率、逆紹介率、病床回転率）と臨床評価指標（褥瘡院内発生率、肺血栓塞栓症予防、肺血栓塞栓症発生率、脳梗塞早期リハ開始率、脳梗塞撮影施行率、心筋梗塞血栓予防薬投与率、乳房温存施行率、人工関節置換術後抗菌中止率、人工膝関節早期リハ開始率、出血性胃潰瘍止血施行率、NHO 患者満足度入院、NHO 患者満足度外来）との相関

<sup>3</sup> ①一般病床 500 床以上 13 病院、②一般病床 350～499 床 23 病院、③一般病床 349 床以下 14 病院、④障害医療 45 病院、⑤精神医療 14 病院、⑥複合医療 33 病院

い医療の方向性を示した診療報酬をとらえていることを改めて確認していることになる。半面 DPC 病院でも「350～499 床病院についてはばらつきが見られる」ということで、それ以下の DPC 病院ではない中小病院も同じく「医療の質に関する改善の余地が残されている」ことがいえよう。第 3 章でも触れた平成 23 年度病院経営管理指標の研究でも、医療法人立の一般病院の場合、すなわち多くが中小病院の場合、他医療機関との医療機器などの協同利用、地域連携パスの導入、TQM 活動などの活動の導入、クリニカルパスの導入、定期的な臨床検討会や研究会の開催、患者アンケート調査の実施など、「経営改善への取り組み状況」と「医業利益率」の関係が存在すると指摘されている。

## 4-2 外部要因と内部要因という考え方

### 4-2-1 SCP 理論

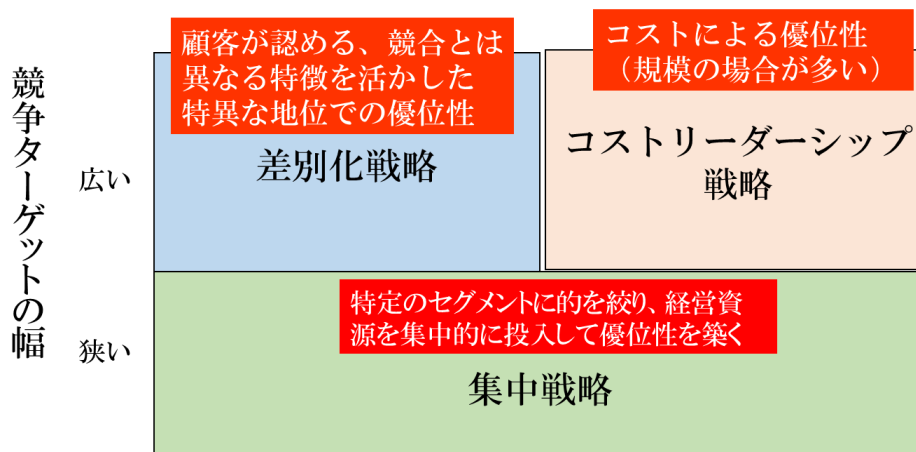
#### 4-2-1-1 SCP 理論の構造

ここで少し、指標分析の理論的な背景について触れたい。経営学の SCP (Structure-Conduct-Performance) 理論は経済学の「完全競争と完全独占」という産業組織理論から派生した「業界の収益構造を説明する」理論であり、マイケル・ポーター(Michael Porter) [1980]のファイブフォースによって一躍有名になった。簡略に言えば、完全競争市場は誰もが儲からず、逆に完全独占市場はその独占の支配者が大きな利益を上げるという経済学の理論を、業界に対するファイブフォースを使って産業・収益構造に落とし込んで説明したフレームワークである。

この理論に立脚した包括的な経営戦略 (Generic Strategy) がいわゆる「3つの基本戦略」で「コストリーダーシップ(Cost Leadership)、差別化 (Differentiation)、集中 (Focus)」の3つがよく知られている。コストリーダーシップ戦略は圧倒的なコストの優位性をもって他社に勝利し、市場のシェアを大きくとることができるので、高い収益性を実現する戦略であり、いかにも経済学の理論らしい点がある。これに対し、差別化戦略は圧倒的にコストで有利でない場合は、他社と何等かの差別化ができれば、その面において競争から脱却することができる。ファイブフォースが弱まるので、収益性が高まるという理論で構造を説明することができる。集中戦略も狭い分野への集中としても、そこで一種の独占状態を作ることによって収益性を高めることを意味する。

SCP 理論ではファイブフォースの分析で「その属している産業固有の収益構造」で企業の収益構造がある程度決定されてしまうことになるが、その場合も3つの戦略の一つを取ることによって、企業の収益性を確保することができる、という業界と企業の両方に使えるのである。

図表 4－3 ポーターの 3 つの基本戦略



マイケル・E・ポーター「競争優位の戦略」(1980年)より作成

#### 4-2-1-2 病院業界の SCP 理論

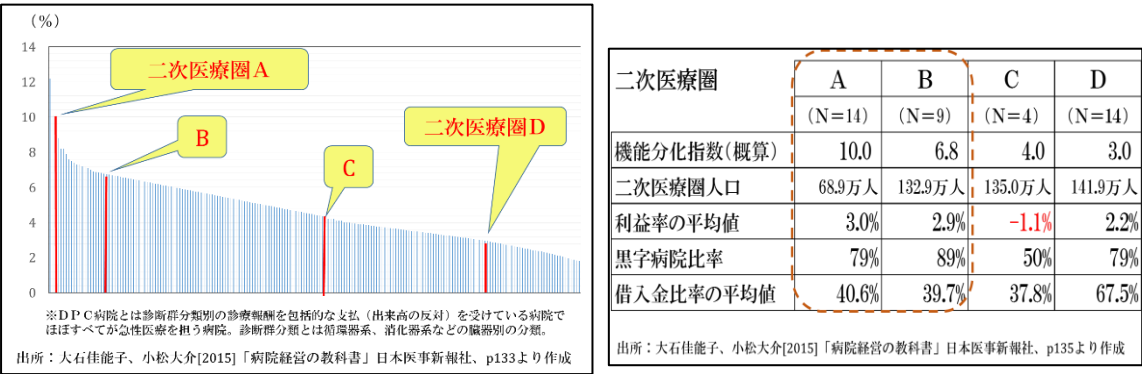
そこで病院業界は SCP 理論からみるとどう分析されるであろうか。産業構造によって決定されるという点であれば、第 2 章でみたように、厚労省の診療報酬政策によって、2008 年度以降全体的な収益性の波が上下してきた様子はいかがうか。そもそもこの業界は新規参入が制限されており、競争原理というよりも政策によって決定される公定価格の影響が大きいといえるであろう。それでも個々の病院にとって 3 つの基本戦略は有用であろうか。

現在進んでいる地域医療構想は、病院を機能ごとに分類し、地域における機能ごとに必要な病床を改めて見直して再編しようとの計画であり、それぞれの医療機関が地域における自己の病床機能や規模を経営戦略として選択していくことを促しているといえる。すると差別化戦略につながるのであろうか。DPC 制度によって標準化が進んでおり、すでに地域における他の病院の戦略的なポジションは公開情報で把握できるようになっている現在、この点に注目して、地域の機能分化の進展度が収益性に影響を与えているのでは、と分析したものには小松[2015]がある。

小松はまず二次医療圏ごとに MDC（診断群分類）別の患者数比率を全国平均と比較することで、二次医療圏ごとの機能分化指数を算出した。その上で、機能分化が進んでいる医療圏とそうでない医療圏を連続的な指数で表現し、全国 369 の 2 次医療圏の中から 4 つのサンプルではあるが、機能分化の進んでいる地区と進んでいない地区の間では DPC 病院をもつ医療法人の収益性と借入金比率で差があると報告している。これは二次医療圏内の市場

のプレイヤー（病院）が、構造的に機能分化によって分業して相互に差別化することで、そうでない（同じ分野での競争がはげしい）地区との差が出ていることを示そうとしたものといえる。すなわち病院の場合は、やはり経営戦略として、地域でどのようなポジションを取るかを決定することは、収益性に影響を与えることを示している。

図表 4－4 二次医療圏別機能分化指数（イメージ図）と収益性



#### 4-2-2 RBV（Resource Based View）

##### 4-2-2-1 資源ベース理論

製品やサービス市場の構造・ポジションが競争優位性を決定づけ、収益性に大きな影響を与えるとした SCP 理論に対して、RBV は、経営資源（リソース）こそが競争優位性の源泉と主張している。これは岡田[2001]など、いわゆるポーターVS バーニー論争として日本でも語られることが多い。

RBV で経営資源とは、企業が内部に持つ技術、ブランド、人材などのリソースのことであり、これと外部の市場でのポジションや産業構造などが競争に影響を及ぼす、ということとは対立するといえよう。このリソースの内容や用い方についてはバーニーの理論だけでも諸説あるが、「希少性」がある、「模倣が困難で、代替がきかない」時に競争優位性を生む等とされている。医療の世界における外科医の「神の手」を連想させるが、バーニーのそれは短期的な個人の能力ではなく、「持続的な競争優位」のことであり、「内部から他社にまねのできない価値を創造していく力」（Jay. B. Barney [1991]）として、組織の中にリソースが組みあわさって、現代風の表現でいえば「DNA」として組織内に埋め込まれたもの、ケイパビリティ（Capabilities）であるといえよう。

さてこのポーターVS バーニー論争は、結局はどちらかというよりも、どちらのケースもあてはまるというのが現在の通説であり、産業によってあてはまる割合が異なるという結論である。例えば伝統的な重厚長大な製造業のように、ポジションによって競争環境の構造

要因が決まる業界はもちろんあり、一方でサービス業ではサービスを提供する人材などの内部のリソースのオペレーションこそが優位性の要因である、という業界も存在する。さらに近年では、製造業でもパソコン、スマホなどの業界の変化のスピードが速く、その環境の変化に柔軟に対応していくには、不確実性に対する組織としての高い予見能力が求められるケースは多い。それでは病院業界は果たしてどのような業界といえるのだろうか。

#### 4-2-2-2 日本赤十字病院グループの分析

この視点からの研究の一つに羽田[2015]がある。全国の91の赤十字病院のデータ（平成16年～20年、平均病床数396床、入院単価42,469円）をもとに、減価償却費をもとにした修正医療事業利益率（平均0.7%）に対する様々な経営管理指標の相関を調べ、さらに相関する指標を使った重回帰分析を行って、病院の収益性に影響を与える指標を追究しようとしたものである。従来のグループ病院の研究と同様であるが、RBVの考え方を導入した点に特色がある。

結論として経営管理指標を外部環境要因（8項目）と内部環境要因（20項目）<sup>4</sup>に分けて分析した場合、外部環境要因として説明力が高いのは「県別10万人当たりの医師数」と同様の「病院数」の2項目だけであり、合計8項目が予測可能な指標として有意であった内部「経営資源の影響度」とは対照的であると報告している。すなわち「内部の経営資源」項目としては「実働病床規模、流動比率、現預金有価証券残高、100床当たり医師数」計4項目であり、同じく「内部の組織能力要因」としては「病床利用率、平均在院日数、人件費率、材料費率」の計4項目である。

ここで示された内部要因としては、大規模な病院が医師を多く雇用し、短い入院期間で患者の入退院の回転を速め、病床利用率を高く維持する、という厚労省の意図する急性期病院の姿と重なるものがあり、それを実践できた病院は収益がおのずとついてくる、ということを示している。このように日赤病院グループ内で分析した場合は、外部の要因ではなく、内部の経営管理要因が収益性に対して有意な影響を与えている、という結論である。そもそも日

---

<sup>4</sup> 外部環境要因として8指標（1）業者間の競争、「対基準病床比率」「県別10万人当たり医師数」「医療圏内病院数」「県別10万人当たり病院数」「県別10万人当たり診療所数顧客の競争力」（2）顧客の競争力「一人当たり県民医療費」「県別100万人当たり1日平均新入院患者数」「県別100万人当たり1日平均外来患者数」  
内部環境要因として20項目（1）経営資源「設立経過年数」「2次医療圏内規模順位」「実働病床規模」「流動比率」「現預金残高」「100床当り新患者数」「100床当り1日救急患者数」「100床当り外来患者数」「100床当り医師数」「100床当り看護師数」  
（2）組織能力「平均在院日数」「1人1日当り入院単価」「1人1日当り外来単価」「100床当り手術件数」「病院機能評価取得状況」「材料費率」「患者紹介率」「病床利用率」「人件費率」「病院機能評価取得状況」「材料費率」

赤病院はどの地域においても救急を中心とした大規模な急性期病院として機能しており、それが選択した経営戦略であるといえるので、グループ内での比較をした場合、この面での差は少ないということを示す。すると一方の経営管理面がクローズアップされるわけで、その中でも「内部の組織能力要因」の影響が大きいとされている結論は、第3章で紹介した河口[2002]のクラスター別に分類したグループ毎の収益性要因の結論と重なる点があり興味深い。

なおここで内部要因として分類されている実働病床数は、病院が戦略的に選択したものであり、内部の資源のことではあるが、中長期の経営戦略要因ともいえるであろう。

この研究で分析の対象となった年度は2008年～2012年であり、第2章での分析のとおり、急性期病院へ重点的に医療費の予算が回され始めた時期と重なるが、日赤病院のような大型の病院グループとしても、DPC制度に参画したもののまだ制度を熟知して診療の標準化が進んでいるとは考えられない。新入院患者数、入院単価や手術件数がさほど収益性に影響を与えているとは言えないという結果となった理由はこの辺にあり、2013年～14年に行ったら異なった結果となったかもしれない。このように病院の経営管理指標の研究はその時の診療報酬制度や変化の動向に配慮しながら進める必要がある。

## 第5章 地域中小医療法人の経営を考えるフレームワーク

### 5-1 地域の中小医療法人の経営の収益性を考える

#### 5-1-1 複合型経営による収益性の先行研究—その1

今日地域の中小医療法人は図表5-1のようにほとんどが大なり小なり医療以外の介護や福祉事業に進出して多角化している。その複合型医療法人の収益性について研究したものとしては、大野[2010]がある。

これは医療法人の経営の多角化と経営の黒字化との関係を明らかにしようとしたもので、埼玉県において平成19年度の県庁の事業報告書が入手できた231のデータを基に施設の保有形態情報とを組み合わせで分析している。結論として、「①医療施設と介護施設を合わせて経営すること（医療・介護型）は、他の2類型（単独型、医療型）に比して、黒字経営となる可能性が大きい。」ということ、データ分析によって得ている。この研究では個々の病院の規模や医業収益（売上）の規模、そして診療機能にまでは着目していないが、この2点は金融機関にとっては老健や特養などの介護事業へ進出する資金を提供する際の判断基準の一つになると思われ、経営戦略上の重要な要因である。また事業報告書のデータでは残念ながら報告書の様式が簡略であり、その医療法人が黒字か赤字か程度のことしかわからないので、その情報と施設の保有形態を組み合わせただけでは、本論でこれまでみてきたように、収益要因にまで踏み込んだ結論をだすには限界がある。

#### 5-1-2 複合型経営による収益性の先行研究—その2

また、鄭、井上[2009]の研究は、「複合化することにより、費用の低減と、利用者の確保が見込まれ、それらが収益性の増大と財務的安全性につながる」という仮定のもとに、2003年～2005年の医療生協の財務データの分析から複合化の効果を分析しようとしたものである。

この研究の成果としては収益性に関連して、結論として、①「複合体の方が医療単独よりも生産性が高い」②「複合体の施設形態の差による（収益上の）特徴的差異はみられない」の2つがあげられる。①の問題点として、医療生協はほとんどが複合的な経営を行っており、医療単独のケースがないので、やむをえず医療経済実態調査のデータを用いて比較している点がある。複合体は1件あたり平均60億円規模の大型の医療施設を含む医療生協であるが、医療単独の場合は医療経済実態調査からのサンプルが平均17億円規模であり、月の収益が2億円にも満たない小規模な医療機関である。おのずと診療内容や診療単価が異なり、病床当たりの医師や看護師の数も異なると予想される。いわば病床規模による医療機能や単価の違いを表しているに過ぎず、労働生産性としてその点だけを収益性と関連付けても不十分であろう。つまり経営戦略の違いを要因として挙げていることになるわけであるが、それだけでは収益性を説明

できないのである。

全体にここでみた先行研究は、主に財務データのみをもとに、単に複合化することと収益の赤字・黒字を結び付けようとしているが、規模の大小についての考察が不足している。さらに実際的には「医療の質」に関連する病院の診療データにまで踏み込んで、赤字・黒字だけでなく、収益性の程度とその因果関係をこそ明らかにすべきであろう。

図表 5－1 複合型の医療法人

## 中小病院を運営する複合型経営の医療法人

### 医療・介護・福祉



## 5-2 鍵となるフレームワーク

### 5-2-1 アドバンテージ・マトリックス

#### 5-2-1-1 アドバンテージ・マトリックスとは

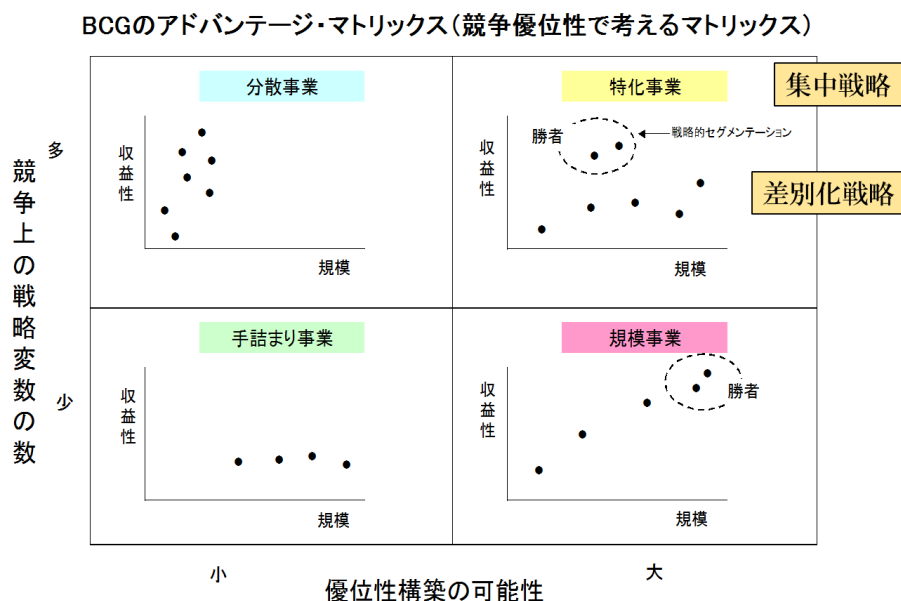
これまでは先行研究が多い 300 床、400 床と比較的規模の大きな病院単体の収益性について考察を加えてきたが、ここでこの論文の中心的な課題である中小病院について、そして病院単体の経営だけではない、介護や福祉施設などを含む複合的な経営をしている医療法人を分析する際の指標やフレームワークを考えるには、どのようなものが有効なのか考えてゆきたい。もちろん赤字／黒字を区別する財務指標だけではなく、「医療の質」についての臨床指標だけでもない、複合的な経営の全体を分析するフレームワークである。ここで本稿では BCG（ボストン・コンサルティング・グループ）の「アドバンテージ・マトリックス」を取り上げたい。

「アドバンテージ・マトリックス」とは、相葉[1999]によれば、BCG が開発したコンセプト



トの一つで、図表5－2のように、事業を「優位性構築の可能性」と「競争上の戦略変数」の大小に基づいて4つに分類（「規模事業」「特化事業」「分散事業」「手詰まり事業」）し、収益性（利益率のこと）と規模による定量的な分析の基準で、「業界の競争環境から、その特性を視覚的に説明するツール」である。

図表5－2 経営戦略における戦略変数と優位性構築



#### 5-2-1-2 規模型事業と特化事業

規模事業と特化事業は、いずれも業界の中で少なくとも1社、場合により数社が確実に高収益をあげて成長できる、優位性の構築が可能な業界である。一方、分散事業、手詰まり事業はいずれも大企業としての優位性を構築できない業界である。一般に今日業界で成功している事業は、小規模の分散事業で、安定しない収益性だったものが、規模化や特化により、確固たる優位性を築いているケースが多い。

例えばマクドナルド、ドトール、すかいらーくなどのファーストフードや外食、青山商事、ユニクロなどのアパレルは、本来は小規模の地域の分散事業だったものが、オペレーションシステムを構築して全国展開して規模の拡大を実現し、コスト競争力をもつことで大きな優位性を築いてできあがった業界である。規模事業は事業規模が大きく、シェアの大きい所ほど収益性が高い、というルールが成立する事業である。逆に言えば競争要因は規模しかないという面もあり、事業の構造が単純で差別化の要因が少ない。開発、生産、販売面で規模が効く場合にこの傾向は顕著となる。

特化事業の例としては医薬品業界があげられる。特定の分野に特化して画期的な新薬を開発できれば規模が小さくても高い収益をあげることができるわけで、近年高額医療費として問題になっている抗がん剤などの業界もその一例である。ただし最近は研究開発費の高騰で世界的には業界も規模化の流れにあるといわれている。

これらのフレームワークについて実際の病院グループに当てはめて考察したものに、白木[2012]があるが、ここでは次に特に分散事業について注目したい。

## 5-2-2 分散事業とその対策

### 5-2-2-1 分散事業

分散事業の典型は、もともと「そば屋」や「寿司屋」「洋食レストラン」などの飲食業界や「洋服屋」や「雑貨屋」などの小売業界で、地域の零細店のイメージである。「このような業界では店舗経営者の現場での資質が成功の鍵を握ることが多く、企業全体としての優位性の確立が困難相葉前掲書)」である。そこで現場のマネージャーのオペレーションの巧拙といったことが収益に影響してくる事業である。

多くの複合型経営の中小医療法人の経営は、もちろん規模ではなく、多角化しているものの強力な特化の側面の少ない「分散事業」といえよう。するとその特色は、戦略変数の数は多くあるものの、安定した収益に結びつく優位性を単純には構築できにくいものであり、「その経営者の現場での資質が成功の鍵を握ることが多い（相葉前掲書）」ということになる。ただし有名シェフやデザイナーのアナロジーとして、しばしば小さな病院でもスター医師の存在により、患者を集めることができるケースがあるが、この場合はマネジメントのうまさというよりも、その診療科への特化とみることができよう。

### 5-2-2-2 分散事業への対策

病院における診療科への特化による優位性の確立が難しい場合には、分散事業のセオリーとしては、巧みなマネジメントによる収益性の確保の方法が残されているということになるが、それは一体どのような事業を指すのであろうか。たとえば急性期の地域の一般病院といわれるカテゴリーで、比較的低い診療単価でも、介護事業とのシナジー効果で、高い病床の回転と、高い病床利用率を確保することによって、収益を確保できている病院グループなどがあてはまるだろう。

中小医療法人は複合型になることによって、病院の収益だけに頼らないケースもあるわけで、地方の病院では、地域包括ケアの担い手として、介護事業を医療事業と同じ程度に伸ばすことによって、安定した収益を確保する、という例も今後でてくると思われる。まさに実際の

多くの医療法人は、地域密着型で小規模であり、全国一律の制度の下に、様々な市場環境で同じような事業を行っているが、収益性のバラつきが大きい。すなわち、「経営者による経営管理の巧拙」が直接的に収益性に影響している結果ではないか、というこれまでの本論文の議論に通じるのである。

ただし、マイケル・ポーターも前掲書[1980]で「分散型の業界(Fragmented Industries)」における対処の仕方の一つに「重要で意義のあるのは、**Strategic Positioning**（戦略的に地域での役割を選択すること）である。」としているように、分散業界でも経営戦略の選択に全く意味がないというわけではない、と考えられる。この点は経営戦略と経営管理の2軸として後述する。

### 5-3 中小医療法人にとっての経営管理

#### 5-3-1 経営管理とは

本論文では経営管理の定義や学説について詳しく紹介することは目的としていないが、例えば経営管理とは、「組織の有している能力（資源）を状況のニーズに適応させながら、組織目的を達成していく過程（活動）である。」（野中[1980]）との定義がある。ここでは「組織の有している能力（資源）」とは、「ヒト、モノ、カネ、情報」に限らず、「個人、集団、組織の特性のうみだす力と組織の戦略・資源」ととらえている。経営管理といった場合、特に主体的に行動する「ヒト」（人的資源）が重要であり、これらを必要なだけ獲得し、うまく働きかけて組織化し、能力を発揮させるようなシステムを如何に構築して実践していくか、が課題となるといえよう。

人件費率が高く、資格を保有する技術者を多く抱える医療法人の場合、こうして経営管理の中でも組織管理の側面は大きい。ただしそれだけではなく、先の定義に「状況のニーズに適応させる」とあるように、医療法人としては、厚労省の政策方針の下、地域のニーズをくみ取りながら、頻繁に変更されていく診療報酬、介護報酬制度に迅速に「適応」していくという、経営戦略の面での比重も、収益性の点では非常に大きいであろう。

#### 5-3-2 経営戦略と経営管理の軸

本論文では、地域の中小医療法人で複合的に事業を展開している事業形態を分散事業とみて、経営戦略と経営管理という2つの軸に分けたフレームワークによってそれぞれの要因と収益性との関係を実証的に明らかにしてゆくことが目的である。これまでの議論からは、図表3-11に見たように、経営戦略と経営管理の軸が、複合型経営の中小医療法人の収益性を考えるフレームワークとしては適切である、という仮説を持つことができる。そのどちらもがそろ

っている時は、成長性や収益性の点で問題はないが、片方が欠ける場合は、成長性や収益性といった点で、安定性を欠くことになる。そこでいよいよこの仮説を実証すべく、今回取り組んだケースのデータ分析に移る。

## 5-4 中小病院を運営する医療福祉生協法人の経営

### 5-4-1 研究の対象と方法

#### 5-4-1-1 医療生協法人について

本論文で中小医療法人の研究対象として実証的な分析を行うのは、日本医療福祉生活協同組合連合会の協力を得て提供された全国の医療福祉生協法人（以下医療生協）のデータである。

日本医療福祉生活協同組合連合会のホームページによると、医療生協とは、「地域の人々が、それぞれの健康と生活にかかる問題を持ち寄り、組織を作り、医療機関を所有・運営し、役職員・医療従業者との協同によって問題を解決するための運動を行う、消費生活協同組合法に基づく住民の自主的組織である。」と規定されている。医療生協は、2010年10月から日本医療福祉生活協同組合連合会が組織され、情報発信、医療・福祉職員の確保、育成、出版事業などを行っている。もともと生協法改正前の医療事業・福祉事業は「組合員の生活に有用な協同施設を有し、組合員に利用させる事業」の中に含まれていた。しかし、事業の非営利性や公益性から適性に事業が実施されるように、生協法の事業の種類の一つとして、大学生協と同じように独立して規定されることになった。

全国の生協には購買生協、共済生協、などがあり医療生協もその一つである。その生活協同組合（生協）は「消費生活協同組合法（略称：生協法）」に基づいて設立されている。消費生活協同組合法では生協には次のような原則が定められている。

- ・一定の地域又は職域による人と人との結合（相互扶助組織）であること
- ・組合員の生活の文化的経済的改善向上を図ることのみを目的とすること
- ・加入・脱退が自由であること
- ・組合員の議決権・選挙権が平等であること
- ・組合の行う事業は、組合員への最大の奉仕をすることを目的とし、営利を目的として行ってはならないこと
- ・組合員以外の者は事業を利用できないこと
- ・特定の政党のために組合を利用してはならないこと

医療生協は医療福祉事業を行う生協であり、大学生協と同様であるが、病院・診療所・訪問看護や介護事業をおこなっているものである。ただし上記の「組合員以外のものは事業を利用できないこと」という点については、平成28年10月12日に「厚生労働省令で定める正当な

理由がある場合又は当該行政庁の許可を得た場合は、この限りでない」として、正式に組合員以外の利用も認められた。

この医療生協の特色として、生協法第 28 条に「役員は定款の定めるところにより、組合員または会員たる法人の役員のうちから、これを選挙する」と決められており、通常役員には組合員の代表が含まれており、組合員の意見を代表する立場にある。また生協法には利益剰余金の配当方法が規定されているが、医療法によって配当は禁止されているので、医療生協も組合員への配当はおこなっていない。そのかわりに自由診療である健診などに特典が設けられているところは多い。

日本医療福祉生活協同組合連合会のホームページによると、加盟医療生協は 2015 年の上期時点で 110 生協で、組合員 292 万 8 千人から出資金として 832 億円を集めている。

2015 年度の総事業高の上期実績に基づいた推計値は 3,296 億円で、そのうち医療事業で 2,635.5 億円、福祉（介護含む）事業で 648.5 億円となっており、医療事業が約 80%を占めている。その中核をしめる病院は全国で 75 あり、合計 12,113 床の病床を運営している。病院では差額ベッド料金を徴収していないので、その分利益率は低くなっている。病院を持たず診療所だけを運営している医療生協もあるが、その診療所は全体で医科と歯科併せて 407 か所（平均 3.7 か所）、で 87 の訪問看護ステーションも運営している。福祉（介護を含む）事業は多岐にわたり、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、通所介護事業所、地域包括支援センター、グループホームなどがある。

この研究では、75 の病院を運営する医療生協の中から、事業規模の影響をなるべく排除し、「中小病院を経営する事業体」を取り出すために、200 床未満の病院を経営し、かつ、介護施設を複合的に経営する中小医療生協だけを対象に、複合型の中小医療法人の収益性の構造を分析することとした。それは医療生協内部では「H2」と呼ばれる分類である。そこで今回は連合会の協力を得て、この「H2」の中でデータの開示の同意が取り付けられた 38 件（平成 10 年度、11 年度の場合）を対象とした。

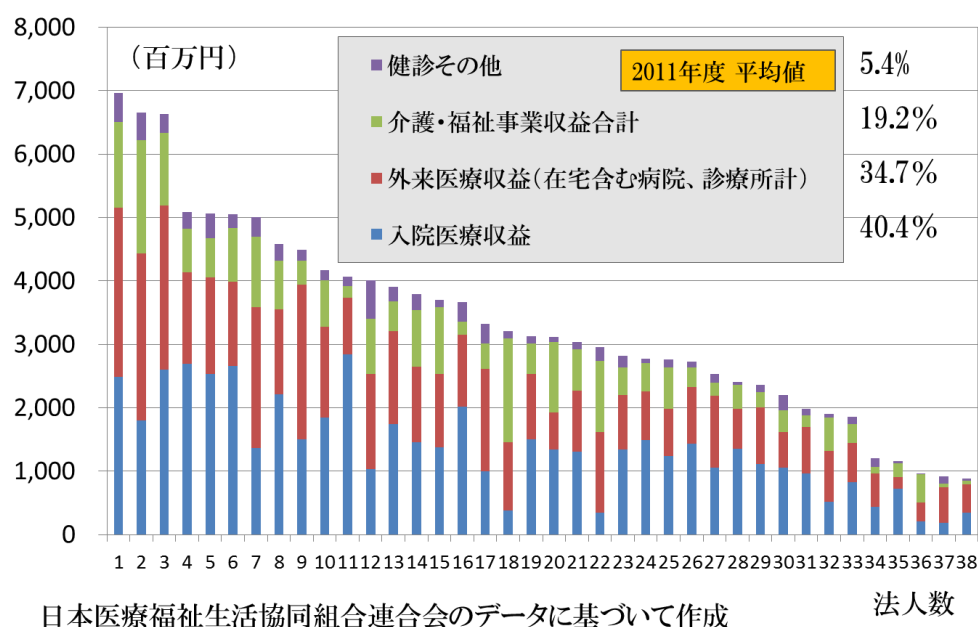
研究対象の医療生協法人の事業規模は、2011 年度の決算でみると、10 億円に満たない小規模な所から 70 億円まで幅広いが、平均は 33.4 億円である。また、収益構造の平均値を見ると、入院収益は 40.4%で、10 対 1 入院基本料の病院が多い。一般病床のみをもつ法人は 19 法人で 50%、療養病床のみは 1 法人、両方もつのは 18 法人である。療養型も含めた平均病床数は 131 床であるが、一般病床だけを平均すると、106 床であり、DPC 病院は 2 である。また在宅医療を含む外来収益が 34.7%と、通常の医療法人に比べて多くなっている。これは、医療生協の法人が平均して、3~4 件の診療所を経営するためである。そしてこの他に、介護福祉事業が平均して 19.2%（2011 年度）あり、これらは訪問看護ステーション、訪問介護、グル

ープホーム、老健など、複合的な経営として幅広い領域を手掛けている。尚、保険によらない健診その他の事業は 5.4%である。

#### 5-4-1-2 分析の方法

今回の分析は、2010 年度～2014 年度の 5 年間を対象とし、医療生協法人の収益性の指標と、経営戦略と組織管理の 2 軸につながる生産性指標、経費率や病院の経営指標との相関を調査した。この間に診療報酬の改定が 2012 年、2014 年の 2 回行われている。相関を分析したのは、前期として 2010 年、2011 年、後期として 2012 年、2013 年、2014 年である。ところが、日本医療福祉生協連合会への加盟数の変化が原因で、入手できた生協法人数の数の問題があり、前期では 38 法人、後期でみると 32 法人である。今回は法人数が限定されているので、法人数を一致させることなく、各々入手できたすべての法人を分析対象として分析を行った。その事業規模と複合度合いは 2011 年時点を取ると、図表 5－3 の通りである。

図表 5－3 複合型の中小医療生協の収益構成（2011 年、38 法人）



- (1) 経営戦略系の指標：介護事業比率、医師数、入院単価、病床数、減価償却費率、  
医師一人当たりの医業収益、職員一人当たりの事業収益高、職員一人当たりの付加価値高（労働生産性<sup>1</sup>）

<sup>1</sup> ここでの労働生産性の定義は福祉医療機構の定義に従って、付加価値額÷（年間平均）従業者数である。付加価値額＝医業収益－（材料費＋経費＋減価償却費）

(2) 経営管理系の指標：材料費率、人件費率、委託費率、病床利用率、平均在院日数

職員一人当たりの人件費、労働分配率

医師一人当たりの医業収益、職員一人当たりの付加価値（労働生産性）、職員一人当たりの事業収益高などの生産性指標は、一般企業の経営分析においては経営管理系の指標としてとらえることが多いと考えられるが、第2章の議論でもみられたように、この指標はどのような医療機能を選ぶか、すなわち入院単価によって決定される面が強いので、中長期の経営戦略の一環としてとらえた。そしてこれらの指標と収益性との相関性をみるために、ピアソンの相関係数にもとづいて検定を行った。

一方、経営管理の軸となるが、追加で一部の医療生協に、以下の2つの組織の管理に関連した分析を行った。一つは看護師の離職率であり、2011年度でデータのそろった30件のみの分析である。もう一つは、職員満足度の5段階評価の評点であるが、これは医療生協によって毎年実施している所とそうでない所があり、しかも倫理規定によりデータの開示が許された所に限られるので、年度によってもサンプル数が異なる。2010年、2011年では6件のみの分析であるが、2012年では19件になっている。それぞれまず償却前経常剰余率との相関を調べた。

またその背景の事情を探究するために、医療生協法人の経営者（専務理事）への訪問インタビューを2013年度中に9法人に対して行った。

#### 5-4-2 全体像からみた収益性との相関

##### 5-4-2-1 全体像からの分析結果

38件の中小規模の医療生協は、その全体をみると、一般的な病院経営管理指標の一部に相関がみられた。すなわち、まず2010年度、2011年度とも、経常剰余率はピアソンの相関係数の検定によると、結果は図表5-4の通りで、95%の信頼域で収益性と相関が有意である、と判断される（ $p$  値 $<0.05$ ）のは、以下の2つの指標群であった。

① 病床数、病床利用率（正の相関）

② 人件費率、委託比率（負の相関）

この①の結果からは、病床規模の小さな医療生協は収益性が低く、病床規模の大きな医療生協は収益性が高い、といった経営戦略上の関係性が伺えるが、この段階では因果関係を示すものではない。同じように、運営する病院の病床利用率が高いと収益性が高い傾向にある、という経営管理面についても関係性が示されている。

一方、②の「人件費率、委託費率との（逆）相関」という分析結果は、医療法人の経営指標で経営管理の巧拙を示すものとして、当たり前の面はあるが、分母である事業収益が低いせいなのか、分子である人件費等が高いせいなのか、その因果関係についてはこれも慎重に考える

必要がある。

#### 5-4-2-2 考察

この①の相関関係が意味するところは、複合型の医療生協であっても病院の運営が収益性の中核であり、その傾向は病床規模が大きいほど有利である、ということであろう。そして対象のほとんど（2件）がDPC病院ではない（DPC病院であっても同じであるが、DPC病院の場合は一層入院期間の長短によって大きな単価の差がでるように設定されている）ので、入院期間による単価の大小よりも、病床の利用率を確保することが大事であり、他の複合的な施設も、その病床の入院収益への寄与との位置づけとなる、ということがいえよう。

図表5-4 中小生協法人の経常剰余率と経営管理指標の相関関係

経常剰余率との相関を検定	2010			2011		
38	相関係数	P値(両側確率)		相関係数	P値(両側確率)	
経常剰余率	1			1		
職員一人当たりの人件費	-0.307		0.061	-0.207		0.213
医師一人当たりの医業収益	0.283		0.085	0.238		0.151
職員一人当たり付加価値(労働生産性)	-0.002		0.992	0.006		0.972
職員一人当たりの事業収益	-0.142		0.396	-0.062		0.712
材料費率	-0.083		0.621	-0.011		0.947
人件費率	-0.427		0.007	-0.379		0.019
委託費率	-0.451		0.004	-0.381		0.018
減価償却費率	0.039		0.814	-0.017		0.920
医師数	0.169		0.310	0.004		0.983
介護の比率	0.177		0.288	-0.077		0.646
入院単価	-0.223		0.178	-0.004		0.983
病床利用率	0.204		0.218	0.323		0.048
病床数	0.364		0.025	0.367		0.023

信頼域95%で相関が有意であるといえる

日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

中小病院の場合、介護福祉分野へ積極的に展開しているケースが多いが、2010年、2011年度の医療生協については、手を広げて収益にはあまり寄与しないので、病院の経営管理を、利用率を中心に固めるべきである、という結果になる。

本論文では、中小医療法人のなかでも複合型が進展した収益性について分析しているのであるが、この結果は別に複合型に限らず、病院の収益性の分析とかわらない。思うに、複合型の医療生協は、「入院収益の割合が低く、介護福祉の割合が高い」といっても、平均で全収益の19.2%しかなく、80%以上は病院を中心とした医療が主軸の収益構造であるため、結局は全体として病院運営の収益構造の分析結果と似通っている、ということになる。



一般に、介護福祉収益の比重が増えると、単価の高い医業収益の比重が減るわけで、事業規模の伸びは小さく、医師の割合が減って生産性が低くなることになるのだが、だからといって、必ずしも収益性が低くなるわけではない。これは、医療分野の高収益・高コスト経営に比較し、介護福祉分野では低収益・低コストとなるからであり、実際の施設経営をみれば、介護老人保健施設（老健）の収益性の方が、病院の収益性よりもはるかに高い傾向にある<sup>2</sup>のである。

以上、38 件の医療法人全体の分析項目では、経営戦略につながる軸としては病床規模が、組織管理の巧拙につながる軸としては病床利用率、人件費、委託費の各指標に相関性が認められた。これは複合型といっても医療である病院の経営のみの傾向と同様の傾向である。

### 5-4-3 事業の比重からグループごとにわけた結果

#### 5-4-3-1 医療グループと介護グループ

そこで、複合型が進展したことにより、「平均よりも介護福祉の割合が高い医療生協の収益性」について、特に取り出して分析してみた。ここでは、2010 年と 2011 年の指標について平均の 20%を境に、全収益に占める介護福祉の収益割合が 20%未満の医療生協を仮に医療グループ（2011 年では 26 件）、20%以上の医療生協を仮に介護グループ（2011 年では 12 件）とグループ分けし、それぞれについてははじめの全体の分析と同じように、ピアソンの相関係数の分析によって収益性との相関を調べ、検定した。この分類は、必ずしも事業収益規模による分類とはなっていない点に注意すべきである。

その結果は、図表 5－5 である。医療グループの場合は、はじめの全体での分析と同じく、95%の信頼水準の範囲で、人件費率が負に相関することに有意性がある（ $p < 0.05$ ）と判断された。そして、医師一人当たりの医業収益が正に相関した。

しかし、介護グループの場合は、2010 年と 2011 年を概観すれば、同じような指標には相関はなく、職員一人当たりの事業収益や一人当たりの付加価値（労働生産性）が、逆に負に相関する結果となった。2010 年、2011 年とも、図表 5－6 のように散布図にしてみると、同じような相関の傾向を伺えることができる。

#### 5-4-3-2 グループ別の考察

医療グループでは、医師を確保して、より高い単価の医療分野での収益をあげることで、人件費率が下がり、全体の収益性をプラスにもっていくことができる、ということで、最近の病院の経営に特徴的である。介護グループでは医療グループとは逆に、医療で単価を高め、付加

---

<sup>2</sup> 例えば独立行政法人福祉医療機構のリサーチレポート「平成 25 年度介護老人保健施設の経営状況について」によると、平成 24 年度と 25 年度の老健の経常利益率の平均は 8.0%、7.3%であるが、病院のレポートによれば、一般病院の経常利益率は 3.6%、2.3%である。

価値の高いサービスを追及すればするほど、収益性としてはマイナスに働いていることを示唆している。2011 年度では一般病床利用率でさえ、負に相関しているとの結果がでているのである。

図表 5－5 介護グループと医療グループとに分けた相関係数（2011 年）

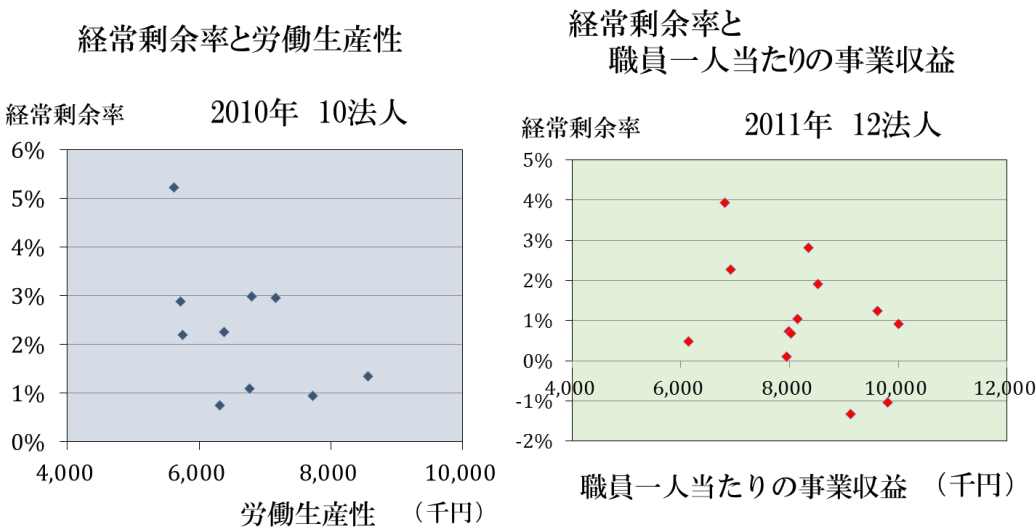
	12法人 介護グループ		26法人 医療グループ
経常剰余率との相関	相関係数		相関係数
経常剰余率	1	経常剰余率	1
職員一人当たりの事業収益	-0.602	職員一人当たりの事業収益	0.057
医師一人当たりの医業収益	0.180	医師一人当たりの医業収益	0.346
労働生産性	-0.488	労働生産性	0.146
材料費率	-0.181	材料費率	-0.024
人件費率	-0.098	人件費率	-0.410 ※
委託費率	0.107	委託費率	-0.600 ※
減価償却費率	-0.160	減価償却費率	0.115
合計病床数	-0.319	合計病床数	0.407 ※
介護の比率	0.311	介護の比率	0.082
病床利用率	-0.504	病床利用率	-0.069
入院単価	0.261	入院単価	-0.209

相関係数は概ね±0.4以上あれば相関といえるがサンプル数が少なく、95%の信頼域で統計上有意なのは※印のみ

日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

図表 5－6 経常剰余率と生産性指標についての散布図

### 福祉・介護の比率が20%以上の法人



日本医療福祉生活協同組合連合会のデータを基に分析

#### 5-4-3-3 生産性と労働分配率の考察

これは、少なくとも 2010 年度、2011 年度においては、「労働生産性が高いこと」と「収益性が低いこと」に相関がある、あるいは逆に、「労働生産性が低いこと」と「収益性が高いこと」に相関があることを意味する。これは付加価値の中での労働分配率が高いことを示すと考えられるが、個々の給与水準の問題というよりは、医療分野への人材の投入が経費倒れに終わっていることを意味し、ここに複合的な経営を行っている中小医療生協の現在の課題がでてい、と考えられる。

端的に言えば、介護グループの医療生協法人は、全体では売上規模の大きな病院の機能を維持するために、医師、看護師などの医療技術スタッフを雇用して、高コスト（この場合でいえば、生産性が高い）になっているが、それに見合った、十分な医業収益をあげることができていないわけである。医療分野の採算性を改善するためには、医療機能の転換をするつもりで、資源の投入を減らしてコストを下げるか、患者を増やして収益を上げるか、が考えられる。

#### 5-4-3-4 医療技術者の確保がもたらすもの

そこで、インタビュー先のある医療生協の専務理事のコメントを引用する。「病院の日当点（入院単価）は、一般病床（100 床を超える）で 3 万円を切っている。外科医はいるが高齢で手術数が少ない。稼ぐ医師はいたが開業してしまった。看護基準は 10 対 1 だが看護師の定着率が悪く、維持に苦勞している。質、量ともに医療レベルにおいて、病院が組合員の期待に応えていないのではないかと懸念している。」（200 床未満の）一般病床の機能をどのように位置づけるのか、が課題となっている。また診療所については、「常勤医どころか、院長の確保が困難であり、50 歳を超えて体力的にきびしいので病院の勤務医から移ってきた、『医療生協の理念』への共感がうすい人がくるのもやむを得ない。」

総じて、医師の確保に競争力がなく、確保できたとしても医師の稼働高が低いという実態が伺える。医療生協は民医連<sup>3</sup>に加盟している所が多く、伝統的に医学生への奨学金制度、全国的なネットワークでの研修医受け入れによって、「生協の理念に共鳴した医師」の供給を長期的な計画に基づいて行ってきたが、その仕組みに変化の波が押よせている。診療単価が低いことから、看護師の確保についても問題が起こっていると考えられる。ただし組合員の出資によって成り立っている医療生協では、民間の医療法人と異なり、組合員の意向を無視して迅速に

---

<sup>3</sup> 民医連とは全日本民主医療機関連合会の略称で、ホームページによれば、1953 年の結成。「いのちの平等」を掲げて、「差額病床をもたず、地域の人びとの切実な医療要求に応え、人権を守るために社会保障の充実を求めて運動して」いる団体。「戦争に反対し、平和を守る運動」にもとりくんでいる。全国に事業所があり、その数は 1,700 ヶ所を超える。各地域では、友の会などの共同組織とともに、まちづくりの運動も進めている、研修医の育成を共同で行って、医師を連合会の加盟病院へ派遣している。

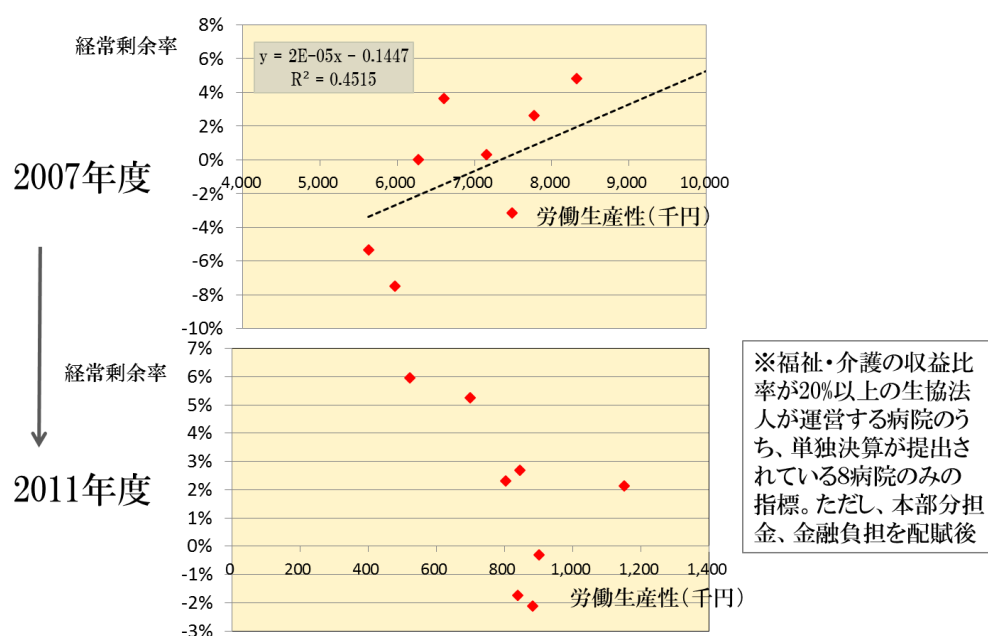
診療機能の転換という経営戦略の変更を行いにくい、という事情はある。

#### 5-4-3-5 変化への対応

このようなパラドックス的な現象は、外部環境の変化の要因が大きく、医療生協の中でもこれに対応するのが遅れている所に起こっているといえるのである。図表5-7は、介護グループに属する医療生協の中からデータのとれた8カ所が運営する病院について、2007年度と2011年度の経常剰余率と1人当たりの生産性の関係の変化を示す図であるが、この4年間で相関関係が全く逆になっている。従来とは反対に、医療機能をより高く維持している所（高い生産性の所）ほど、全体の収益性が悪いというのが最近の傾向としてうかがえるのである

実際の変化の方向性としては、2013年の夏の段階で、上記の12の介護グループの病院のうち、9法人は在宅療養支援病院の届けを出し、傘下の診療所群と機能強化型を形成し始め、急性期機能の維持から在宅医療重視へ転換しつつあり、第2章でふれた地域包括ケア病床の導入も増えている。以上の問題は、人員や生産性といった定量性からいえば一般には組織管理の問題とされるだろうが、むしろ診療報酬制度の変更に密接な病床機能の選択と資源である人材の確保の側面が大きく、経営戦略の問題といえよう。

図表5-7 介護グループが経営する病院の生産性と経常剰余率の変化



日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

## 5-5 経営管理面での収益性との相関の分析

### 5-5-1 経営管理を測る指標—その 1

#### 5-5-1-1 病床利用率

2010 年、2011 年の調査と年代が異なり、第 2 章で述べた通り、診療報酬の方向性も変わってきた 2013 年と 2014 年について、データのそろった 32 法人の経営管理指標との相関を分析してみた。ただし第 2 章でふれたように、全体的に収益性が落ちてきており、赤字の所が増え、一方で設備投資が盛んな時期で積極的に投資をして減価償却費の負担が大きい所と運営が赤字の所が区別しにくくなったので、今回は償却前の経常剰余率という実質的なキャッシュ・フローに基づいている<sup>4</sup>。すると図表 5－8 のように人件費率と病床利用率については同様の相関の結論を得たが、全体的な収益性の悪化のせい、規模の点では有意な相関はでなかった。人件費率については、それが高い所は収益性が悪い、という相関があるといえるが、そもそも人員配置基準の問題で効率的な配置ができないのが医療機関であり、経営管理というよりむしろ、収益性が悪いから人件費率が高くなっているといつてよかろう。すると、経営管理能力を示すバロメーターとしては、病床利用率が最も適切であろうということが、これまでの第 3 章、4 章の考察からも導き出せる。

図表 5－8 2013 年と 2014 年の収益性と経営管理指標の相関

#### 償却前経常剰余率に対する相関係数 2013年、2014年

32	2013年		2014年	
	相関係数	P 値(両側確率)	相関係数	P 値(両側確率)
介護事業比率(医療事業外)	0.2085	0.2522	0.1315	0.4733
医師数	0.4402	0.0117	0.1513	0.4086
入院単価	0.2527	0.1701	0.1453	0.4275
病床数 (合計)	0.1518	0.4150	0.1118	0.5425
減価償却費率	0.3103	0.0839	0.3231	0.0713
人件費率	-0.4595	0.0082	-0.5232	0.0021
委託費率	0.0291	0.8743	0.1341	0.4645
材料費率	-0.2165	0.2340	-0.2844	0.1146
病床利用率	0.2062	0.2576	0.3519	0.0483
医師一人当たりの医業収益	-0.0778	0.6720	0.3173	0.0768
職員一人当たりの事業収益	0.2002	0.2719	-0.0368	0.8417
純資産比率	-0.1037	0.5720	-0.1172	0.5229
長短組合借入比率	0.1824	0.3177	0.3062	0.0883
P 値は5%水準で有意なものを色付け				

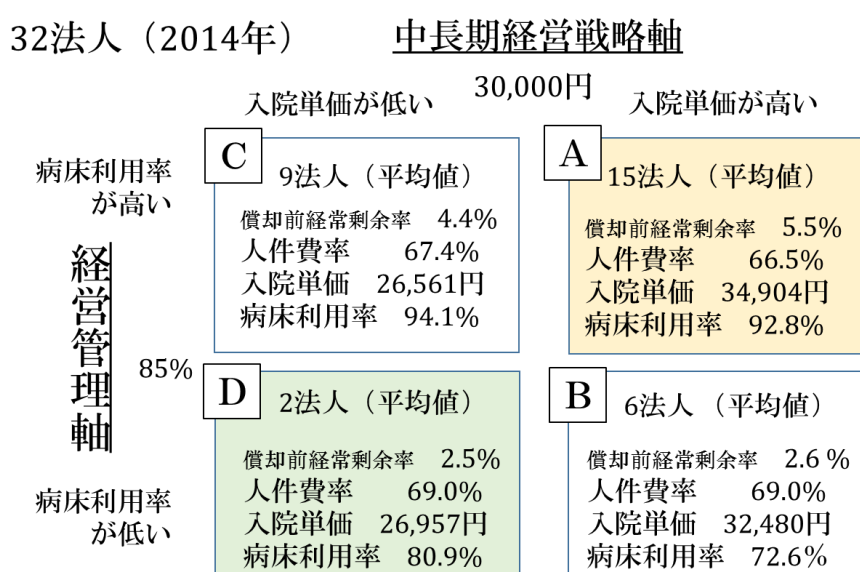
日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

介護グループと医療グループとに分けたときに、介護グループでは医療分野への資源の投入

<sup>4</sup> 前回の 2010 年、2011 年の相関関係は、償却前のキャッシュ・フローで行っても結論としては、同様の結果を得た。

を行って労働生産性を高めても、人件費倒れで回収できないという特色を考えると、介護グループにはもう一つ、病床利用率の低さが全体の収益性を悪くしていることを意味する。そこで、経営戦略の違いを表す軸と経営管理の違いを表す軸を使うことで、経営戦略（入院単価） x 経営管理（病床利用率）の2軸からみた、収益性の違いのセグメンテーションを図表5－9のようにあらわすことができよう。そこで試みに2014年度の指標からそれぞれのセグメントの平均値を使って表してみると、それぞれの特色を示唆している。

図表5－9 中小医療生協 経営戦略軸と経営管理軸によるグループ分け（1）



日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて作成

ここでは、中長期の経営戦略を表す指標として、介護事業の比率が高い／低いではなく、入院単価をとりあげている。これは中小病院を運営する医療生協としては、中心である病院の方向性を、救急医療などの「急性期一般病院」におくのか否かが重要な分水嶺であると考えからである。2つのタイプ分けのために32法人の平均値である30,000円を使用して急性期医療への取り組みの差を示すことにした。この入院単価自体は業界の一般病院の平均値からすると高くはないが、7対1看護基準病床が少なく、10対1あるいはそれ以上が主流なので採用することとした。また経営管理指標としては病床利用率を採用し、経営管理の良しあしの基準として平均値の85%を使用した。逆に85%は急性期の病床平均からすると高いかもしれない。ただし、診療機能がそれほど高くない中小病院の方が、ケアミックスの所も含まれ、病床利用率は高い傾向にある。そこで3万円前後の入院単価が多い医療生協グループの特色として、平均の85%で全体を2つに分けることにした。

入院単価が高く、病床利用率が高いセグメント（A）は医療生協の中では比較的高い医療機能を持ち病床のオペレーションに優れていることが示す通り、経営管理能力も高いといえ、結果的に償却前の経常剰余率も平均で 5.5%と高いという特色を示している。入院単価が高くて、病床利用率が低いセグメント（B）は経常剰余率（償却前）も 2.6%と低い特色を示している。これは先の介護グループの特色にみられたように、医療機能を高く保持しても、病床の利用率を高めるオペレーションができていないなどで、経費倒れとなり低い収益性を示しているといえよう。人件費率も高く、69%となっている。次に入院単価が低いセグメントは、医療機能に力をいれているわけではないので医業収益（売上）は低いが、（C）のように病床の利用率を高めることができれば、一定の収益性を確保できる、という結果を示している。そして入院単価、病床利用率のどちらも低い（D）は、この年は 2 件と少ないが、償却前経常利益率は平均で 2.5%と最も少なく、人件費率も高くなっている。

このように、医療法人の収益性を見るとき、単一の指標を横断的にあてはめるではなく、まず目指す医療の方向、そのための中長期の経営戦略をそろえ、そろえた医療法人の間では、日ごろの経営管理能力の差が収益性を反映する、という見方が正しい経営管理指標の見方といえることができる。しかしこれはまだ、複合型経営といっても医療の比重が大きな生協法人に適用できる指標であり、医療の比重がだんだん下がってきた場合はまた異なる姿を示すこともありうる。この点で本稿の研究は、2014 年までの医療生協という地域の中小医療法人の中の一部のグループを研究しているにすぎないという限界もある。

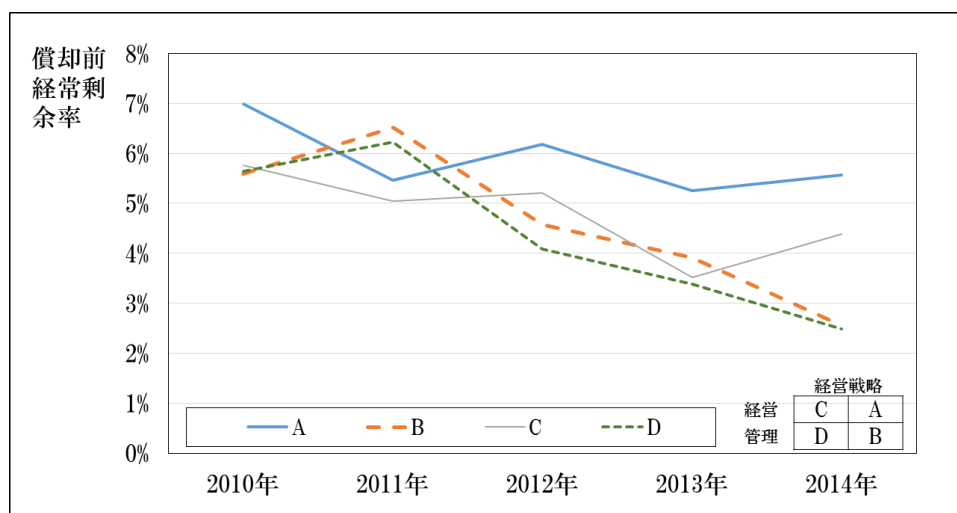
#### 5-5-1-2 診療報酬改定の影響

このグループは、2014 年度の平均データにもとづき、経営戦略の選択を表すものとして入院単価にあっては 30,000 円、経営管理の巧みさを表すものとして病床利用率にあっては 85%を基準として軸を設定し、4つのグループに分けたものである。ではこのグループごとの経常剰余率は 2010 年～2014 年の間に診療報酬改定によりどのような変化をみせてきたのであろうか。日本の病院全体の決算の動きとしては第 2 章でみてきた通り、このところは下降が続いていたが、グループごとに変化への対応の結果が異なるのであろうか。

この 5 年間の推移を分析したのが図表 5-10 である。これによると、入院単価、病床利用率がいずれも高い（A）グループは 2011 年を除いて一貫して最も高い。ただしこの間に平均でみると 2010 年の 7%から 2014 年の 5.5%へ約 1.5%下落している。続いて、入院単価は高くないものの、病床利用率を高く保っている（C）グループが続いており、なんとか収益性を保っているといえ、中小病院では経営戦略もさることながら、経営管理の重要性がわかる。一方で入院単価を高く保っていても、病床利用率が低い（B）グループは、どちらも低い（D）

グループと同様の動きを示し、全体の中でも低く、さらに近年の悪化の傾向が止まらない。この分析では閾値を年度によって変えずに一定にしており、年度によってグループ別の件数の方が変化しているが、その実数をグラフの下部に表にして示してある。

図表 5－10 グループ別の 5 年間の償却前経常剰余率の推移



	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
A	6	14	10	14	14
B	5	3	6	7	6
C	11	9	11	7	9
D	7	4	4	4	2
合計	29	30	31	32	31

日本医療福祉生活協同組合連合会データより作成

## 5-5-2 経営管理を測る指標—その2

### 5-5-2-1 職員満足度と組織管理

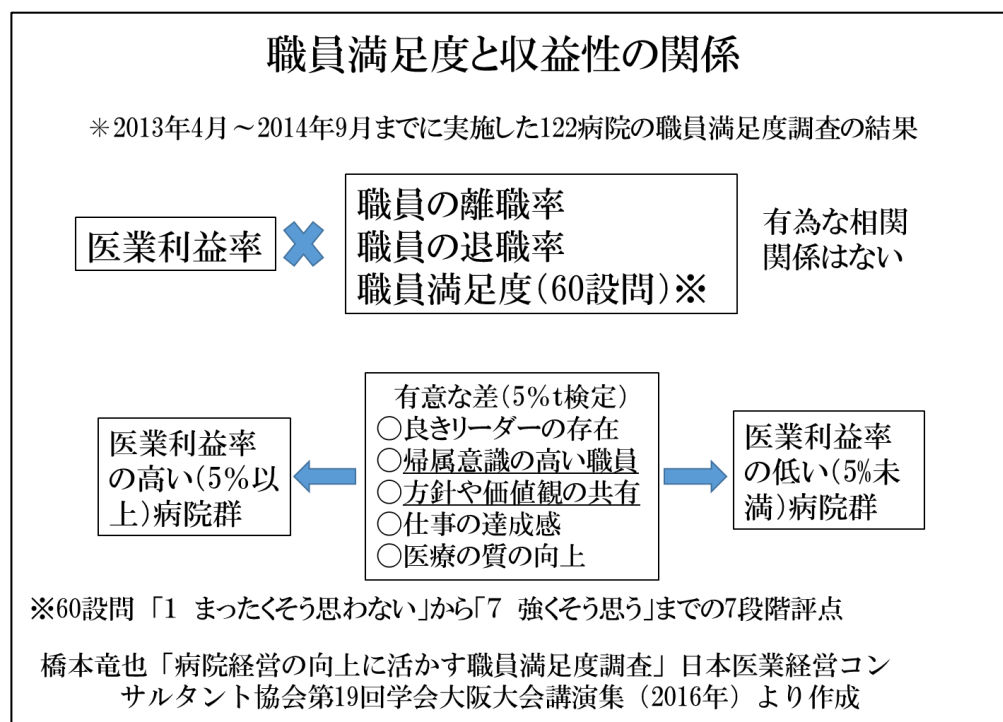
次にその経営管理能力を測る指標として、多角化した法人のため、病院の診療のデータではなく、昨今適用例が増えてきた職員満足度調査に焦点を絞ってみることにしたい。

職員満足度と収益性について、直接的にその相関を分析した研究は少ないが、この種の職員満足度調査を専門としている事業会社の橋本[2016]の学会における報告がある。橋本によれば、2013年4月～2014年9月までに実施した122病院の職員満足度調査の結果として、医業利益率と職員の離職率、退職率、満足度（60の設問）には直接的に有意な相関はなかったが、傾向として医業利益率が高い病院群（5%以上）と低い病院群（5%以下）では顕著な差があり、t検定をした結果、「よきリーダーの存在」「帰属意識の高い職員」「方針や価値観の共有」「仕事の達成感」「医療の質の向上」といった満足度調査の項目において顕著な差がみられた、と図表5－11のように報告されている。これらは病院に限らず、生産性が高くパフォーマンスのよい組織に共通の特色であると思われるが、特に「帰属意識」「価値観」「達成感」などに差



がでている点が、非営利事業としての医療経営の特色とみることもできる。

図表 5－1 1 職員満足度調査と医業利益率の相関



医療法人財団献心会の川越胃腸病院<sup>5</sup>が、2011年度に財団法人日本制生産性本部から「日本経営品質賞」を受賞した際の受賞の理由に、「従業員の満足なくして患者様に高いサービスを提供することはできないと考え、従業員のやりがい、働き甲斐を出発点にした仕組みづくりを行ってきた結果、従業員満足が全国トップレベルとなるとともに、人が育って患者満足を生み出すサービス提供の繰り返しにより従業員の感性が磨かれ、サービスレベルは満足を超えて感動レベルにまで向上した。」とある。そしてそれらが「患者様満足につながり、結果として高い売り上げや利益率につながっている」とある。

川越胃腸病院では「ひと満足の好循環スパイラル」と呼んでいるが、「①職員満足度の向上⇒②医療の質の向上⇒③患者満足度の向上⇒④来院患者の増加⇒⑤収益性の向上⇒⑥再投資、給与のアップ⇒①職員満足度の向上」という好循環モデルであり、近年、患者満足度調査のみならず、職員満足度調査が医療業界で広範囲に行われている理由もここにある。

<sup>5</sup> 医療法人財団献心会川越胃腸科病院のHP. <http://www.kib.or.jp/idea/personnel.html>

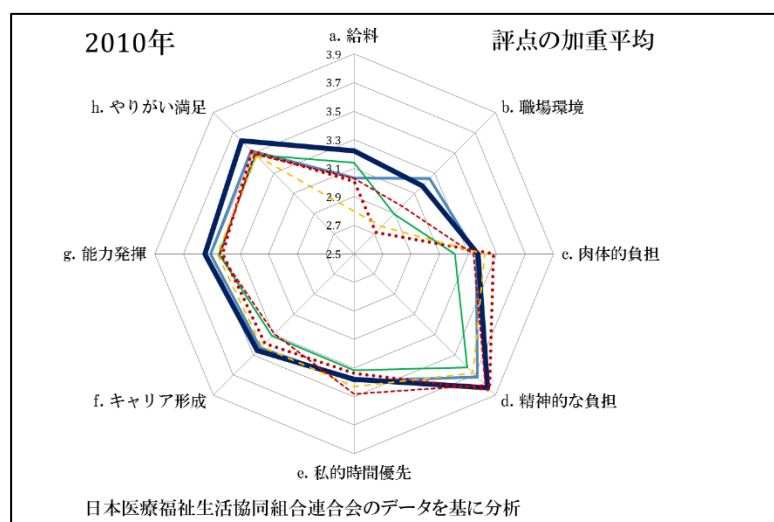
### 5-5-2-2 分析の方法

医療生協では毎年、全国の職員に対し意識調査を行っているが実施していない生協も多い。そこで分析可能な一部の医療生協についても、収益性と職員満足度の関係を分析した。調査の前期として 38 医療生協の中で、2013 年にインタビューを行った先について、2010 年、2011 年に行った職員意識調査について、データの欠落がなく開示の同意を得られた 6 医療生協について、まず収益性の情報と組み合わせて分析した。具体的な職員意識調査の質問は、全体から抜粋した給与や満足度に対する図表 5－12 の 8 問である。

図表 5－12 職員満足度調査の設問

評点を加重平均した5段階評価
《問3-a》今の給料は自分の能力や仕事内容に見合っている（給料）
《問3-b》設備や施設などの職場環境に満足している（職場環境）
《問3-c》今の仕事は肉体的な負担が大きい（肉体的負担）
《問3-d》今の仕事や精神的な負担が大きい（精神的負担）
《問3-e》仕事よりも私的な時間を充実させたい（私的な時間）
《問3-f》今の仕事はキャリア形成に役立っている（キャリア形成）
《問3-g》今の仕事は自分の能力を発揮できるものだと思う（能力発揮）
《問3-h》今の仕事はやりがいがあり満足している（やりがい満足）
出所：日本医療福祉生活協同組合連合会

図表 5－13 職員満足度調査の評点（6 医療生協）



図表 5－1 4 職員満足度と経常剰余率の相関関係

質問 番号	質問内容	2010年		2011年	
		相関係数 r	p値	相関係数 r	p値
3-a	給料	0.64		0.68	
3-b	職場環境	0.91	0.011	0.83	0.042
3-g	能力発揮	0.90	0.015	0.78	0.067
3-h	やりがい満足	0.71		0.29	

相関係数 r は概ね±0.4以上、そして p 値は0.05以下で有意と判断

インタビュー先の9生協のうち、データの欠落を除く6生協

日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

#### 5-5-2-3 結果

その意識調査の5段階評点の結果自体は、図表5－1 3のように、給与や職場環境についての評点では、各医療生協で差がでている。そこでその情報をもとに、各々の生協の収益性（経常剰余率＝ここでは経常利益率）を従属変数とし、それぞれの質問に対する評点を決定係数として、回帰分析によって相関性を分析した。

調査した生協では「設備や施設などの職場環境に満足している」「今の仕事は自分の能力を発揮できる」という点で、同意の評点が収益性と強い相関（相関係数 0.91、0.89）が、「今の給料は自分の能力や仕事内容に合っている」「今の仕事はやりがいがあり、満足している」といった質問に対する同意の評点が、収益性とやや弱い相関（相関係数 0.64、0.71）がみられた。図表5－1 4のようにいずれも p 値から、95%の信頼区間で有意との判定がでて（2011年の「能力発揮」質問を除く）いる。

#### 5-5-2-4 考察

今回の職員意識調査の分析の結果は、先の橋本[2016]と異なり、顕著な相関が認められた。サンプル数が少ないという側面が大きいと思われるものの、元々が医療生協を研究対象としているので、職員に定期的実施される「医療生協の理念」についての教育が根付いており、「方針や価値観の共有」「帰属意識の高い職員」といった点で、一般の医療法人とは異なって共通しており、相関がしやすいのではないかと、と思われる

なお今回は生協医療法人ごとの一つの平均値であり、職種（看護師、事務職など）、職階（管

理職などの地位)、職場(病院、診療所等)別のクロス分析は行っていないので、非常に大まかな分析でしかない。そこで日本生協連医療部会(当時)とくらしと協同の研究所<sup>6</sup>が、2006年にこれらの階層別のクロス分析を行った職員意識調査(事務職と看護職のみ)の報告があるので、これを参考としてみる。この報告では、「やりがい満足」「能力発揮」系の質問に対する高いスコアは、「モチベーションが高く、良い『職場風土』を生んでいる因子としてカウントでき」、特に事務職におけるスコアは、「MBO や ISO9001 といったマネジメントシステムの浸透」との関連性が指摘されている。

この点からも組織管理の面で秀でた医療法人では、職員満足度が高く、結果的に高い収益性に結びついている、との説を裏付けることができる。

また、「給料に対する満足」「設備環境への満足」との収益性との相関からは、収益をあげて、ヒトやモノに再投資するという、「経営循環」がうまく回っている状態が想定される。ヒトの能力を発揮させ、こうした好循環を回す経営管理こそが、組織としての、構造的、継続的な強みの一部を形成していると考えられる。

### 5-5-3 経営管理を測る指標—その3

#### 5-5-3-1 組織管理と職員の離職率

最近では職場環境の改善が「医療の質の向上」に役立つとの考えから、医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチームが発足し、その報告書が平成25年2月に厚生労働省から発表されている。その報告書によると「医療分野の勤務環境の改善により、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが必要不可欠である。特に、長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医師や看護職員等が健康で安心して働くことができる環境整備が喫緊の課題」であり、その「良質な人材の確保と定着が離職率の低減をもたらし、臨床成績、医療安全につながる」とされている。

組織管理の面からは、職員の離職率が高い組織は満足度や組織力が高いとはいえないので、日々の仕事の達成度も低く、一般的には収益性も低いまま終わるのではと推定される。

#### 5-5-3-2 看護師の離職率と収益性

医療生協の看護師の離職率については、当初の分析対象であった38件の医療生協のうち、29件のみに、2011年度のデータを得ることができたので、それだけを対象に1年分行なうこととした。

---

<sup>6</sup> くらしと協同の研究所・日本生協連医療部会共同研究会報告書[2007]「第5回医療生協職員意識調査」医療生協レポート, No.60, 2007年

今回は看護師の離職率を決定変数、経常剰余率を従属変数として、単回帰分析を行なった。その結果、看護師の離職率と収益性は図表 5－15 のように逆の相関があることがわかった。統計的に有意とはいえ、1 年分だけ結果にすぎないが、離職率の低さは看護師の労働環境や報酬体系が一定の水準にあり、それが継続的に続いていることで、組織管理の面で優れている結果なのでは、と推測することはできる。

図表 5－15 看護師の離職率と経常剰余率の相関関係

## 単回帰分析の結果 2011年度 30医療生協

回帰統計		分散分析表					
重相関 R	0.511281989	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F	
重決定 R2	0.261409273	回帰	1	0.003336304	0.003336304	9.556104748	0.004588084
補正 R2	0.23405406	残差	27	0.009426456	0.000349128		
標準誤差	0.018684967	合計	28	0.01276276			
観測数	29						

回帰式		標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%	下限 95.0%	上限 95.0%
切片	0.033519991	0.0072183	4.6437771	7.93326E-05	0.018709345	0.048330637	0.018709345	0.04833064
0.10144928	-0.21178385	0.0685097	-3.091295	0.004588084	-0.35235424	-0.071213451	-0.35235424	-0.0712135

日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

### 5-5-4 経営管理を測る指標のまとめ

以上、組織管理に関連する追加的な分析は、サンプル数が少ないが、相関分析の結果、職員の満足度が高く、モチベーションを高く保てていること、看護師については、離職率が低い組織は、経営管理面でも優れており、収益性が高いことに繋がっているという傾向を示唆している。そこで、職員意識調査についてデータ（2012 年）の得られた 19 法人について、図表 5－10 と同様に 2 軸で 4 つのグループに分類して比較してみた。

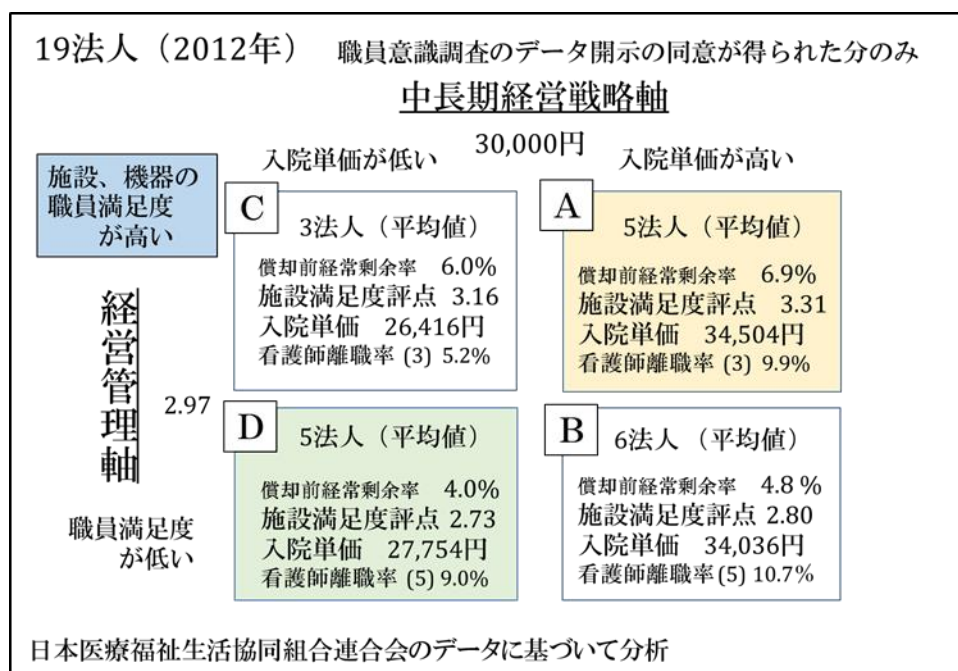
今回、経営戦略軸には以前と同じ入院単価（患者 1 人 1 日当たりの入院収益：3 万円を閾値とする）を用いているが、経営管理軸は複合型医療法人として、病院の病床利用率ではなく、法人全体に関連する職員意識調査のデータを用いている。それは図表 5－14 の職員意識調査質問項目で最も強く相関がみられた、問 3－b の「設備や施設などの職場環境に満足している」の 5 段階評価の評点である。その平均値の 2.97 を境に 2 つのグループ、職員満足度が高いグループと低いグループに分けた。すると今回も経営戦略軸との 2 つの軸により、（A）経営戦略が有利、経営管理が優れている（B）経営戦略が有利、経営管理に問題あり、（C）経営戦略が不利、経営管理が優れている（D）経営戦略が不利、経営管理に問題あり、という 4 つのグループに分けることができる。それぞれの指標の平均値、事業の収益性の結果としての償却

前経常剰余率を図に示したのが図表5－16である。

それぞれのグループの特色は、軸の分類にそって入院単価、職員意識調査の評点の高低から4つのパターンに分けられるが、経常剰余率でみると、ここでも図表5－10のグループ分け（1）と同じ傾向がみられ、（A）の経営戦略が有利で経営管理に優れているグループが最も高く、平均で6.9%、その次が（C）の経営戦略では不利であるが、経営管理に優れているグループで6.0%となっている。そしてやはり経営戦略で有利であっても、経営管理に問題があるといえる（B）では、4.8%と低い数値を示している。なお参考値として2011年の看護師の離職率データをグループ毎の平均値で記入してみると、これもほぼ4つのグループの傾向を同様に踏襲している。また、経営戦略的には不利であっても収益性を高く保てている（C）グループは看護師の離職率も、5.2%と低いのである。ただし（A）グループの値が9.9%と若干高い。これは看護師の離職率データは必ずしも職員意識調査が得られた所と一致せず、（A）グループでは法人データとしては5件であるが、2011年の看護師の離職率はかっこ付きで示している通り3件しかない、という点も影響していると考えられる。

いずれにしろ、経営管理の巧拙を示す指標として、職員満足度や看護師の離職率が有効である、ということが示されているといえよう。

図表5－16 中小医療生協 経営戦略軸と経営管理軸によるグループ分け（2）



## 5-6 フレームワークから見た良い経営の姿

### 5-6-1 複合型経営の組織管理

病院単体とは異なり、複合型経営をしている中小医療法人の経営を評価する軸の一つとして、経営管理軸では職員意識調査の中の、「設備や施設に関する満足度」を一つの有効な軸の例として示した。それでは実際に職員満足度が高く経営管理に優れていると思われる組織は具体的にどのような経営をしているのだろうか。以下にその姿のイメージを示したい。

2012年度の医療生協の職員意識調査は、図表5－8にあるような満足度調査の他に、図表5－17にみられるような部門の労働環境についての20項目の質問もあり、5段階評価の調査が行われている。そこでこの調査から、経営管理に優れている（A）（C）グループと問題があると思われる（B）（D）グループの2つに分けた場合、その組織管理にどのような違いがあるのかを分析した。

図表5－17 部門の労働環境についての質問項目

《問2-a》部門では生協・事業所・部門の理念・方針・目標がはっきり示されている (SA)
《問2-b》部門・自身の目標は生協や事業所の目標に連動してつづられている (SA)
《問2-c》自身の目標に対する進捗状況は上司との間で定期的に確認されている (SA)
《問2-d》部門では職員の能力・専門・実績・適性に配慮して仕事の分担が決められている (SA)
《問2-e》自身の仕事ぶりは上司や同僚から適切に評価されている (SA)
《問2-f》上司は困っているときや対応の仕方がわからないとき、助言や指導してくれる (SA)
《問2-g》自身は日常的に上司に報告したり助言を求めている (SA)
《問2-h》部門で困ったときや手に負えないとき、他部門に協力を求めるようにしている (SA)
《問2-i》部門では意見の違いや対立があったとき、互いに率直な話し合いができています (SA)
《問2-j》部門には知識や経験を互いに学びあう雰囲気がある (SA)
《問2-k》事業所には部門同士で協力し合う雰囲気がある (SA)
《問2-l》部門では何か新しいことをやろうとする場合、積極的に取り組もうという雰囲気がある (SA)
《問2-m》自身は仕事に関する改善・工夫を積極的に提案している (SA)
《問2-n》自身は従来の考えにとらわれず、仕事のやり方を変えたり新しい課題に挑戦しようとする (SA)
《問2-o》事業所では生協あるいは事業所に関わる情報がきちんと伝えられている (SA)
《問2-p》自身は仕事をする上で必要な権限を与えられている (SA)
《問2-q》事業所では医療事故発生時の手順が明確であり、職員の周知・徹底されている (SA)
《問2-r》事業所では院内感染防止対策が明確であり、職員に周知・徹底されている (SA)
《問2-s》自身は適切な言葉遣いや身だしなみをしている (SA)
《問2-t》事業所では患者の声に耳を傾け運営に活かしている (SA)

すると、図表5－18にみられるように、（A）（C）グループと（B）（D）グループでは、20項目のうちの7項目について顕著な評点の違いがみられた。それらから組織管理について特色的な点を拾うと、下記の4項目となる。

《問2-d》部門では職員の能力・専門・実績・適性に配慮して仕事の分担が決められている

《問2-g》自身は日常的に上司に報告したり、助言を求めている

《問2-i》部門では意見の違いや対立があったとき、互いに率直な話し合いができています



《問 2-p》自身は仕事をする上で必要な権限を与えられている

まず最も顕著な評点の差を示しているのは、《問 2-d》であり、「職員の能力・専門・実績・適性に配慮」した仕事の分担という項目である。適所適材ということで一見当たり前のことであるが、この点についての評点が他のグループより高いということは、職員が自分の仕事や他人の仕事について相互に納得しており、職場の満足度が高いということを示している。そうした組織の中では、《問 2-g》に見られるように、上司との間のコミュニケーションも円滑で、《問 2-i》のように、部門内で「互いに率直な話し合い」ができる風通しの良い組織風土になっている、ということになる。

そして、そのような組織運営を可能にしているのが《問 2-p》の権限の委譲であろう。各部門や事業所への権限の委譲によって、責任をもってその組織を運営することが求められており、そのために各部門や事業所が自律的によい結果を残すべく、仕事の分担をうまく行って、おのずと結束している様子がうかがえる。

図表 5-18 グループ毎の評点の違いからみた良い組織運営の特色

適所適材、率直な意思疎通、権限の委譲		各事業所で 自律的な運営
AC	BD	質 問 項 目※
3.59	3.33	部門では職員の能力・専門・実績・適性に配慮して仕事の分担が決められている
4.03	3.90	自身は日常的に上司に報告したり助言を求めている
3.63	3.44	部門では意見の違いや対立があったとき、互いに率直な話し合いができている
3.62	3.41	自身は仕事をする上で必要な権限を与えられている
3.68	3.49	事業所では医療事故発生時の手順が明確であり、職員の周知・徹底されている
3.91	3.75	自身は適切な言葉遣いや身だしなみをしている
3.90	3.72	事業所では患者の声に耳を傾け運営に活かしている

※AC（8件）グループの特色として平均評点がBD（11件）グループより高い項目  
日本医療福祉生活協同組合連合会のデータに基づいて分析

## 5-6-2 グループ毎の法人の経営の姿

それではここで、2013年の9件のインタビュー先から、(A) (B) (C) のグループに分類された医療生協法人の例をあげて、それぞれどのような具体的な経営戦略と経営管理によって特色のある経営を行っているのかを記述してゆきたい。今回は (D) グループに属する医療生協に対してはインタビューを行っていないので、このグループについての記述はない。いずれもが大都市に立地する中小病院を持ち、多くの介護事業を複合的にを行っている医療生協である



が、事業規模は異なる。以下の経営数値は 2012 年のものであるが、匿名性を保つためにあえて詳細な数字や診療科目を明記していない。

(A) グループの生協の例：償却前経常剰余率 7%以上

この生協は 150 床以上の一般病床を持ち、地域においてある特定の診療科に強みがあるので入院単価は 3.5 万円を超えて高くなっている。病床利用率は 90%に近い。伝統的にキャッシュ・フローがあり、施設への設備投資にも積極的である。医師の雇用についても独自のルートを確保しているので医療機能の維持に大きな問題はない。熱心な経営トップによる経営管理がうまく回っていると思われ、職員意識調査でも労働環境についての評点は「上司への報告」「上司からの助言」「他部門との協力」の項目の評点が高い。

(B) グループの生協の例：償却前経常剰余率 3%以上

この生協の病床は 100～150 床であり、病床利用率は 70%前後、入院単価は 3 万円を超えている。周辺の医療機関に比べ、医師の確保の点で不利となっており、医療機能の維持に苦労している。あまり収益性がよくない状態が続いているので、設備の更新が進んでおらず、介護事業への取り組みも遅れている。職員意識調査では、「権限の委譲」「改善への提案」といった項目への評点が低くなっている。

(C) グループの生協の例：償却前経常剰余率 5%以上

この生協の病院の病床は 100 床未満であるが、救急医療も行っている。入院単価は 3 万円を切っているが、病床利用率は 85%を超えている。医師の確保について、現在はやりくりできているが、高齢化が進んでおり、将来に不安を持っている。部門別目標管理に熱心な経営トップの下で、経営管理に力を入れている。職員の意識調査では、職員満足度の数値が高い一方で、経営トップ自身が「意識調査の数値と部門の成績がリンクしている」と感じている。地域包括ケアへの取り組みを一層強化しようとしている。

### 5-6-3 2つの軸からみた良い経営の姿

インタビュー先のグループ毎の医療生協の経営の概要からわかることは、まず経営戦略軸から見ると、地域で有利な診療機能の選択を行っているという点である。これはその時の診療報酬制度と密接に結びつくが、急には変えられないという点で、中長期的に大変大きな影響を与えている。その有利な経営戦略によってもたらされるキャッシュ・フローが、長い間の経営体力に影響するので、設備投資の良いサイクルを回せるかどうかの分かれ目となる。また、医師の確保ができてることが重要である。特に中小病院の場合は、大病院と異なってこれが大きなハードルであり、この面で優位性をもっていることも収益に大きな影響を与える。この点が不利のままだと、医業収益が上がらないか、あるいは上げようと努力することが、人件費のコ

ントロールを難しくする。しかもこれも短期的に改善することは難しい。

次に、経営管理軸についていえば、目標管理に熱心な経営トップの存在がある、そしてそのトップができるだけ部門や事業所に権限を委譲し、目標数字を追うだけでなく、部下の相談に積極的にのり、助言を惜しんでいないことである。

さらに部門内の意見の違いがあっても率直に話し合える風土を醸成していることで、組織全体の満足度を高め、離職率も低くなっている。特に中小医療法人の場合は、介護事業が拡大しつつあり、遠隔地にも多様な人材を抱えていることが多く、そこで組織の一体感を醸成・維持することは容易ではない。しかし、少なくともこうした内部の風通しのよさが病床利用率を高くすることができる、といえよう。

## 5-7 小括

### 5-7-1 中小医療法人の経営は分散事業

病院の経営は、一つの診療科や機能などに特化すれば、戦略的に収益性がよいと考えられる。しかし一般に特化の度合いが低い、介護や福祉施設を複合的に経営している中小医療法人の事業は、BCG のアドバンテージ・マトリックスにあてはめれば分散事業といえ、セオリーとしては、巧みなマネジメント（経営管理）による収益性の確保の方法が残されている。それは主に人資源を必要なだけ獲得し、うまく働きかけて組織化し、能力を発揮させるようなシステムを構築することで実現されるといえる。ただし、分散事業でも経営戦略の重要性がないわけではない。

### 5-7-2 中小医療生協の経営管理指標の相関分析（2010 年と 2011 年）

ここでは日本医療福祉生活協同組合連合会の協力を得て、全国の 200 床未満の病床を持つ中小医療生協（開示の同意が得られた、当初 38 件）に絞って、2010 年～2014 年の財務データや診療データを用いて経営戦略と経営管理の 2 軸を念頭において経常剰余率（経常利益率に相当）との相関を中心とした指標分析を行った。この中小医療法人のデータセットでは、平均病床は 106 床であり、医療以外の事業の比率は約 20%である。

2010 年、2011 年度の分析の結果、まず全体像の分析からは病床数が大きく、入院医療を中心とした医療の売上の大きな所ほど収益性はよい傾向にあった。これは病床規模という経営戦略の軸である。また病床利用率の高い所ほど収益性はよいことがわかった。これは病院の資源をどのように運営するかであり、経営管理軸としてみることができる。さらに人件費率、委託比率が負の相関を示した。ただしこれらは病院の収益性の相関分析と同じ結果であり、複合体特有のものではない。医療以外の比率 20%の医療生協の分析では全体像からは特色のある結

果は得られなかった。

次に介護部門の収益の比重が高い所と医療の比重が高い所を20%を境にグループ分けして、それぞれのグループの指標を経常剰余率と相関分析してみると、介護部門の比重が高いグループでは、労働生産性と収益性が逆に相関しており、付加価値の高い医療生協ほど収益性が低かった。これは労働分配率の高さを示しており、急性期医療機能の維持のために医療技術者を獲得しているところほど、人件費倒れに終わって収益性を落としている、ということがわかった。2007年のデータを調べると正反対の傾向を示しており、診療報酬制度や医療技術者の需給環境など変化する外部環境への対応の遅れの問題と考えられる。これは生産性の問題であるとしても経営管理の問題ではなく、どのような医療機能を選ぶかという経営戦略の問題である。複合的に経営している医療生協として、組合員の意向をどこまで反映するのか、という問題はあまるものの、早急にその転換が求められているといえる。

#### 5-7-3 中小医療生協の2軸を使った指標分析（2013年と2014年）

その後、診療報酬の改定が行われ、全体の収益性が下がってきている2013年、2014年度のデータ（32件）を同様に指標分析した。全体像から、今度は規模についての相関は得られなかったが、医師の生産性、そして前回と同様に病床利用率、人件費率についての相関が得られた。ただし、どれも病院経営と同様の結果である。

次に2014年のデータセットを経営戦略軸と経営管理軸で作った4象限にもとづいて、(A) (B) (C) (D)のグループに分け、それぞれのグループの特色を分析した。経営戦略軸としては入院単価を、経営管理軸としてはまず病床利用率を使用し、各々平均である3万円、85%を閾値とした。経営戦略軸として入院単価を採用したのは、医療生協の戦略としてどのような医療機能をもつのか、が重要であり、その指標としては、入院単価に表れている、と考えたからである。軸の数値から、(A)は入院単価が高く、病床利用率も高い、(B)は入院単価が高いものの、病床利用率は低い、(C)入院単価が低く、病床利用率が高い、(D)入院単価が低く、病床利用率も低い、という2軸の性質を表す。すると、(A) (C) (B) (D)の順に収益性がよく、5年間の推移をみても同様であった。(A)は5年間の間にやや下降しているが健闘しており、(C)は下落傾向の中で持ち直している傾向がうかがえたが、(B) (D)は下落一辺倒といえた。ここから、経営戦略的に有利であり、経営管理に優れている所は、診療報酬の変化にも強く、経営戦略で多少不利であっても、経営管理がしっかりしていれば変化への対応に優れ、一定の収益性を確保できる傾向にあることがわかった。これは、BCGのアドバンテージ・マトリックスやポーターの分散事業の理論とも合致するものである。

#### 5-7-4 医療法人としての経営管理軸

複合的な医療法人として、病院の指標だけではない、法人全体に関連する経営管理指標として、看護師の離職率と職員の満足度調査の評点を採用したところ、サンプル数は少ないものの、いずれも収益性との相関がみられた。組織管理面では、職員が「やりがいがある」「能力を発揮できる」と満足感がもて、モチベーションが高い組織は生産性が高く、収益性につながっている。すると給与や施設への配分につながり、一層満足度とも相関が高くなるといえる。同じことは、看護師の離職率の低さからいえる。

次に施設に関する満足度のみを経営管理軸に使用して入院単価の経営戦略軸との4象限の分類をして同じように(A)(B)(C)(D)のグループ分けをした所、病床利用率と同様に、(A)、(C)、(B)、(D)の順に収益性がよいことが分かり、経営管理軸への採用の有用性が確認された。つまり職員満足度を高めることが、集患、収益という良い経営サイクルを回すことにつながる、と考えられた。

さらに単なる職員満足度ではなく、20の職場の環境職員の意識調査の項目を(A)と(C)グループ、(B)と(D)グループの2つに分けて分類し、どのような組織運営をしているのかを比較してみたところ、評点において顕著な差がみられたのは、「職員の能力・専門・実績・適性に配慮した仕事の分担」「上司との密なコミュニケーション」「部門内での率直な話し合い」「仕事の権限を与えられている」という4項目であった。これから、適所適材に職員を配置することに心がけ、権限の委譲を進めることで、職員が仕事について相互に納得すると職場の満足度が高くなること。上司とのコミュニケーションが円滑で、部門内で「互いに率直な話し合い」ができる風通しの良い組織風土になっていることが、良い経営管理ができている組織の特色であることがうかがえた。

#### 5-7-5 良い経営の姿

そこでその具体的な組織の姿をインタビュー先の(A)(B)(C)のグループ毎の医療生協の特色からみると、まず経営戦略軸からみると、地域で有利な診療機能の選択をしており、それによってもたらされるキャッシュ・フローで、設備投資の良いサイクルを回していることがわかった。また戦略的に、医師の確保ができていることが前提である。特に中小病院の場合は、大病院と異なってこれが大きなハードルであり、この点が不利のままだと、医業収益が上がらないか、上げようと努力することが、かえって人件費倒れに終わってしまう危険性を生む。

次に、経営管理軸についていえば、目標管理に熱心な経営トップの存在がある。そしてそのトップができるだけ部門や事業所に権限を委譲し、目標数字を追うだけでなく、部下の相談に積極的にのり、助言を惜しんでいない。更により経営を行っている組織は意見の違いがあつて

も率直に話し合える風土を醸成しており、組織全体の満足度を高めている。

特に中小医療法人の場合は、介護事業が拡大しつつあり、遠隔地にも多様な人材を抱えていることが多く、そこで組織の一体感を醸成・維持することは容易ではない。しかし、病床利用率は少なくともこうした内部の部門間の密接な連携があることが前提で、こうした組織がつけられていることが重要である。

## 第6章 結論

### 6-1 中小病院を運営する複合型の医療法人の経営

中小病院は現代の日本の病院経営の中では病床の削減、医療費の抑制方針のもと、厳しい経営環境にさらされている。医療法人が行う医療は地域の公益な事業であり、営利のためにすることが禁じられている。しかしその決算において（社会医療法人など特別な法人は除いて）税法上は株式会社と変わらない税率が適用されている。そしてその中心となる保険診療は診療報酬制度のもとで、政府による公定価格で行われており、新規参入の脅威は少ないものの、経営の自由度は低い。

それでも、救急医療、がん治療などを中心とした地域の基幹病院として位置づけられている大病院は、この10年、診療報酬の配分の上で急性期医療への重点的な配分により収益の点では有利であった。しかし7対1病床の削減方針の下に、その急性期医療をになう病院でさえ近年は決算の悪化が顕著である。ましてや中小病院にいたっては、有利な時代がないにもかかわらず、今日では同様に決算のさらなる悪化となっている。

今回分析の対象とした中小病院を運営する地域の医療生協の経営の主眼は、それが複合的に様々な事業を行っているとしても、病院経営を中心とする医療である。そしてその医療は、やはり残念ながら急性期病院として、大きな優位性のある経営をしているとはいえない。規模の上での優位性はなく、特化によって実現されるところが多い専門的な医療を行うというよりも、組合員のために一般的な急性期医療を提供しており、それは入院単価に表れている。複合型に多角化しているとはいえ、何か一つに特化していることは少なく、地域の中で医療と介護の両方を経営している状態である。

そのような複合的に経営している中小医療法人の経営管理指標についてはこれまで研究されることはなかった。病院経営管理指標といえ、いくつかの研究があるが、自治体病院や公的な大病院が中心であり、DPC制度の浸透により次第に政策の意図を反映した診療報酬により配分を受けた「医療の質」の金銭的な確認になりつつある。すなわち、経営管理指標は診療報酬制度上、当然そうなるべき指標と指標の相関関係を示しているに過ぎない。DPC制度の浸透で医療の標準化と「医療の質」に点数をつける政策誘導により、収益性において診療報酬の影響は大きい。

一方で、中小病院の場合は、もともと診療報酬の上でも、戦略的にも有利なポジションを占めていることは少なく、なんとかマネジメントの力でやりくりするしかない状況であることにはかわりはない。何よりも大病院に比べて、診療単価が安く生産性が低い。また医師や

看護師を獲得する競争力も弱いので、無理して集めて単価の高い医療を行っても、コスト倒れになることもある。

## 6-2 中長期の経営戦略と日々の経営管理の2つの軸

そのような中小病院の経営はどのような経営が「よい経営」なのか、そしてその指標は何をみればよいのか、その経営評価のフレームワークを研究、提示したのが本論文である。

本研究は2つの軸を使ったフレームワークを導き出した。一つの軸としては、複合度の大小＝介護事業の比率ではなくて、志向する医療機能の高さであり、それに対応する経営戦略である。その代替指標としては、「入院単価」が利用できる。なぜなら、診療報酬は医療の質を向上させるように配分されており、その質を追求し、それにあった患者を獲得することで、入院単価がおのずと決定されるからである。すなわち、医療機能の高い所はやはりここでも一定の収益性の機会があり、有利なのである。機能の選択にあたっては、設備や人材の投資が伴う。そのためにもある程度中長期的なキャッシュ・フローの裏付けが必要である。

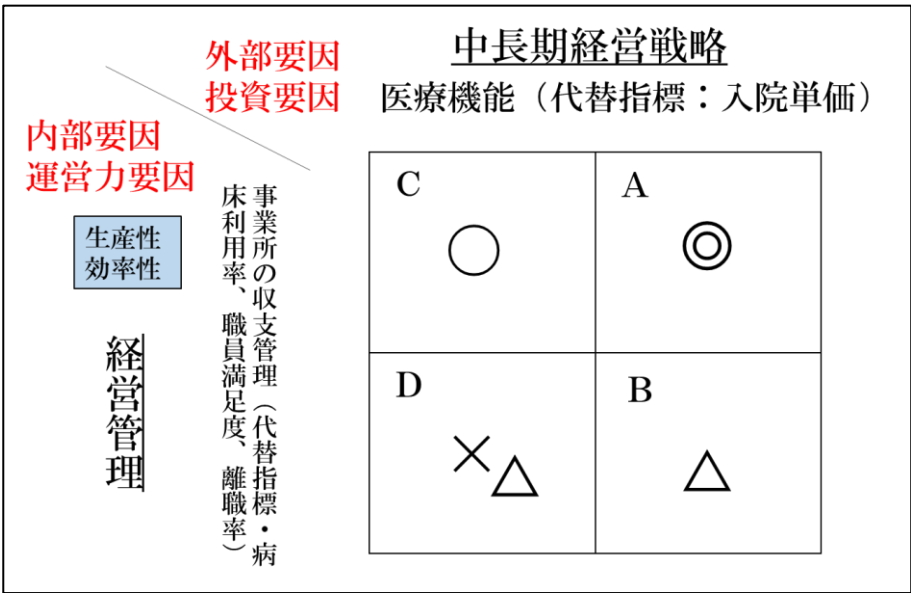
もう一つの軸は経営管理の軸である。経営戦略的に医療機能が高いだけでは不十分で、病床のコントロール能力が必要でそれは経営管理能力の一つとして、病床利用率として反映される。医療機能の低いところ＝単価の低い生協でも、収益のよいところはある。それは、経営管理能力に優れているところで、多角化している事業をひとつひとつ管理できていることを示すものであるが、その一つの管理能力は、病床利用率に表れている。ただしこれは今回の研究対象となった介護の比重がせいぜい20%前後の段階であり、これ以上になると経営管理能力を示すものとして、病床利用率はおそらく使えなくなってくる可能性はある。

そこでこの経営管理の良さを示す指標として、財務や診療指標ではなく、職員満足度と離職率も考えられる。経営管理として目標管理がしっかり行われ、職員間のコミュニケーションがよくて風通しがよい組織で、待遇面でも職場の働きやすさが優れている組織は、職員満足度や離職率が低い、ということがいえ、当該医療生協法人でも数はすくないながら、立証されている。ただし、それだけでは収益を約束するものではない。経営戦略の上で市場に適合していない、あるいは入院単価の点で不利な場合は、いくら職員満足度が高くでも収益性には大きく結びつくことは少ない。

このように中小医療法人の経営評価における収益性の軸として、図表6-1のように中長期の経営戦略軸と日々の短期的なオペレーショナルな経営管理の軸との2つの視点を持ち、それぞれ分けて考えて、どちらのせいで収益性がよいのか、悪いのかを判断したフレー

ムワークをもつ必要がある。

図表 6－1 中小医療法人の経営評価のフレームワーク



### 6-3 良い経営サイクルへむけて

結局中小医療法人の経営を評価するフレームワークとしては、まず経営戦略面で有利に  
たっているかどうかから入る必要がある。これは中小病院に限らないが、地域の中で特化  
するなりして、有利なポジションを築き、高い入院単価を実現し、さらにそれを伸ばして  
いく必要がある。これは厚労省の診療報酬制度と政策誘導と深く関連しているので、現在  
の保健医療制度の中で医業経営を行う限り、第一義的に重要であるが、必ずしもその戦略  
を選択したからといって収益性が保証されるわけではない。

しかし、資金や医師の確保でこうした戦略面で有利なポジションが築けないことの多い  
中小病院の場合は、通常まず、経営の多角化として福祉や介護、在宅事業を展開すること  
になる。ただし、この事業の生産性は医療よりも低いので収益性にはあまり寄与しない。  
そこでいかに日々のオペレーションを効率よく行い、生産性をあげていくかが鍵となる。

ここで組織管理にすぐれた組織は職員満足度が高く、働くモチベーションが高く、離職  
率が低い傾向にあり、そこでケイパビリティとして優位性の源泉となるような組織の力が  
たくわえられ、診療報酬の改定などの経営戦略上の変化にも対応できて、持続的に収益性  
の確保ができることになる。本当によい組織の経営というのは、ヒト・モノ・カネといっ



た資源の投入とその運用のサイクルが全体的にうまく回って発展していくものであろう。

#### 6-4 本論文の限界と今後の課題

本稿の研究対象は医療生協であり、一般的な医療法人とは異なる。とりわけ組合員の出資により形成された団体であり、法令によって制限は取り除かれたが、地域の組合員の健康や生活のニーズに答えることが本来の目的であり、経営者が外部環境の変化に応じて自由に最適な経営方針の変更を行うことはできない。またすべての医療生協が差額ベッド代を徴収しておらず、研究対象の収益性の法則には他と異なる一定の制約がある。

ただし、医療生協の各法人は生協法の下で、共通の理念をもって同種の経営方針で臨んでおり、複合型として様々な施設を運営している点で多種多様とはいえ、指標の出方には共通点があり、異なる開設主体の複数の医療法人を研究するよりも、分析の対象としては、バラつきが少なく、取り組みやすい、という利点はある。

今回の分析では、医療分野の比重が高く、相関分析の段階では複合型に特色のある結果は出なかった。おおむね病院の指標分析と同様の結果である。また、経営戦略として使用したのは、いずれも入院単価である。しかし現在、地域医療構想の策定を進め、地域包括ケアシステムの確立をめざして、日本の医療提供体制は大きく変わろうとしている。従って、今後は医療生協の事業の比重も、医業が80%ではなく、50%を切る方向にある。事実、そのような医療生協もすでに出現しつつあるし、今回収益性の悪かった医療生協も地域包括ケア病床への転換や在宅療養支援病院の届を出して収益性を回復している所もでてきている。その場合、このフレームワークでは適切といえず、何を新しい経営戦略の指標にすべきか、逆に介護事業を中心に新たに考えていく必要がある。

これが今後の課題である。

#### 6-5 謝辞

この論文を作成するにあたっては、日本医療福祉生活協同組合連合会の本部から、会員である全国の医療生協法人の多くのデータを、1件ずつ同意を受けた後、開示・提供を受けました。また経営者へのインタビューのアレンジもしていただきました。ここに感謝申し上げます。またお忙しい中、長時間インタビューに応じていただいた、全国の医療生協の専務理事をはじめ、職員の皆様にも御礼を申し上げます。

## 参考文献

### 第1章

1. 二木立[1998]「保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測」医学書院、1998年。
2. 大野博[2010]「医療法人の経営多角化と黒字経営に関する経営」『日本医療経済学会会報』日本医療経済学会、第29巻2号、2010年、pp.1-17。
3. 鄭丞媛、井上祐介、足立浩、鍋谷州春[2009]「医療・福祉サービスの複合化の経営効果分析—医療生協のデータを中心に—」『日本医療経営学会誌』日本医療経営学会、3巻、1号、2009年、pp.53-60。

### 第2章

4. 厚生労働省地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会 [2015]、「地域医療構想策定ガイドライン」、(オンライン引用日：2016年6月10日)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>。
5. 武藤正樹 [2013]、「2025年へのロードマップ」、医学通信社、2013年、p.45。
6. 社会保障制度改革国民会議 [2013]、「社会保障制度改革国民会議報告書」、社会保障制度改革国民会議、pp.32-33。
7. 日本医師会病院委員会 [2016]、「平成26・27年度病院委員会審議報告」日本医師会
8. 白木秀典 [2016]、「転換期を迎えた病院の経営 - 最近の一般病院の経営分析データからの考察 -」、『保健医療経営大学紀要』第8号、2016年、pp.47-56。
9. 白木秀典 [2016]、「7対1病床の経営モデルからの転換—ダウンサイジングの必然性—」、『佐賀大学経済論集』第49巻3号、2016年、pp.55-86。
10. 厚生労働省 [2015]、「第91回社会保障審議会医療保険部会資料、平成27年11月20日(オンライン引用日：2016年6月10日)  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-anjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-anjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf)。
11. 森田朗[2016]、「会議の政治学Ⅲ - 中医協の実像」、慈学社出版、pp.18-24。
12. 厚生労働省 [2015]、「平成25年度国民医療費の概況『結果の概要』」p5、(オンライン引用日：2016年6月10日)  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/dl/kekka.pdf>。

13. 独立行政法人福祉医療機構 [2015]、「平成 26 年度 医療法人の経営状況について」、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
[http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2015/research%20team/151118\\_report.pdf](http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2015/research%20team/151118_report.pdf).
14. 厚生労働省 [2005]、「平成 18 年度診療報酬改定の基本方針」、第 24 回中央社会保障審議会医療保険部会、2005 年 11 月 25 日。
15. 厚生労働省 [2005]、「中央社会保健医療協議会診療報酬基本問題小委員会議事録、2005 年 10 月 26 日、（オンライン引用日：2015 年 6 月 10 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/txt/s1026-2.txt>.
16. 厚生労働省 [2011]、「第 18 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」中央社会保健医療協議会。
17. 厚生労働省 [2008]、「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」、平成 20 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料 2008 年 12 月 12 日、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1212-8c.pdf>.
18. 厚生労働省 [2015]、「激変緩和措置対象病院についての分析結果（案）」平成 27 年度第 2 回中央社会保健医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会資料 2015 年 6 月 17 日、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088948.pdf>.
19. 厚生労働省 [2015]、「入院医療その 3」、第 306 回中央社会保険医療協議会総会資料、2015 年 10 月 14 日、p13（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000101003.pdf>.
20. 内閣府 [2014]、「平成 26 年度年次経済財政報告」p74、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）[http://www5.cao.go.jp/j/wp/wp-je14/pdf/p01033\\_2.pdf](http://www5.cao.go.jp/j/wp/wp-je14/pdf/p01033_2.pdf).
21. 一般社団法人日本病院会病院経営の質推進委員会[2014]、「平成 26 年度診療報酬等に関する定期調査—集計結果報告書（概要）—」、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20141213\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20141213_01.pdf).
22. 武藤正樹 [2015]、「2025 年へのカウントダウン」、医学通信社、pp.48-60。

23. 厚生労働省 [2015]、「入院医療（その２）」、第 298 回中央社会保険医療協議会総会資料、平成 27 年 6 月 10 日、p9（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088492.pdf>
24. 厚生労働省 [2015]、「入院医療（その２）」、前掲、pp.27-28。
25. 厚生労働省 [2015]、前掲、pp.73-74。
26. 独立行政法人福祉医療機構 [2015]、「医療法人の経営状況について 平成 20 年度～25 年度」福祉医療機構リサーチレポート、（オンライン引用日：2016 年 6 月 10 日）  
[http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr\\_572.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_572.html).

### 第 3 章

27. 浅野俊 [2015]「平成 26 年度 病院の経営状況について」『経営サポートセンターリサーチレポート』独立行政法人福祉医療機構、2015 - 010、 p.5。
28. 荒井耕・渡邊亮・阪口博政 [2013]「DPC 関連病院における管理会計の活用状況」『産業経理』73（3）、pp.77-89。
29. 荒井耕・尻無濱芳崇・岡田幸彦 [2014]「医療法人における責任センター別損益業績管理による財務業績改善の関する検証」『JAA 会計プロGRESS』日本会計研究学会 2014、No.15、pp.14-25。
30. 河口洋行 [2002]『医療の効率性測定』、勁草書房。
31. 木戸田力 [2016]「概念的枠組と会計測定構造:近年の企業会計の記号動態との関連で」『佐賀大学経済論集』48(6)、pp.23-40。
32. 白木秀典 [2015]「複合型経営の中小医療法人の経営を考えるフレームワークー医療生協法人の収益性と経営管理の考察ー」『保健医療経営大学紀要』保健医療経営大学、第 7 巻、pp.51-60。
33. 鳥邊晋司 [2012]「厚生連病院に見る重要業績評価指標の実証分析」『病院』第 71 巻 5 号、pp.388-393。
34. 日本バランス・スコアカード研究会 [2007]「医療バランスと・スコアカード導入のすべてー構築・展開・成果ー」、生産性出版。
35. 川渕孝一 [2003]「医療バランス・スコアカード」評価指導モデルによる分析報告書、経済産業研究所。

36. 西野正人 [2012] 「医療の質と病院経営の質の関係性についての研究」『商大ビジネスレビュー』第2巻第1号、pp.193-208。
37. 羽田明浩 [2015] 「競争戦略論からみた日本の病院」創成社。
38. 平岡紀代美 [2014] 「医療の質と経営の質との関係性」『商大ビジネスレビュー』第2巻第2号、pp.193-212。

#### 第4章

39. Michael Porter [1980] “Competitive Strategy”、The Free Press。
40. 小松大介 [2015] 「経営戦略の教科書」、日本医事新報社、pp.126-135。
41. 岡田正大 [2001] 「RBVの可能性 ポーター VS バーニー論争の構図」、ハーバードビジネスレビュー2001年5月号「戦略論の進化特集号」
42. Jay. B. Barney [1991] “From Resources and Substantial Competitive Advantage”、Journal of Management、Vol. 17、No. 1、pp.99-120。

#### 第5章

43. 相葉宏二、グロービス・マネジメント・インスティテュート編[1999]「MBA 経営戦略」ダイヤモンド社、pp.105-108。
44. 白木秀典 [2012] 「第54回前日本病院学会 in 神奈川 地域医療の最前線～みなとみらいから未来へ～」『JAHMC』第23巻第12号、(公社)日本医業経営コンサルタント協会、2012年12月号 pp.12-13。
45. 野中郁次郎 [1980] 「経営管理」日経文庫、p.15。
46. 独立行政法人福祉医療機構リサーチレポート「平成25年度介護老人保健施設の経営状況について」2015年2月12日、p3(オンライン引用日:2016年12月10日)、  
[http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2014/research%20team/no.12\\_report\\_2.pdf](http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2014/research%20team/no.12_report_2.pdf)
47. 独立行政法人福祉医療機構リサーチレポート「平成25年度病院の経営状況について」2015年1月26日、p6、(オンライン引用日:2016年12月10日) [http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2014/research%20team/no.10\\_report\(hp\)\\_3.pdf](http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/gyoumu/keiei/pdf/2014/research%20team/no.10_report(hp)_3.pdf)
48. 橋本竜也 [2016] 「病院経営の向上に活かす職員満足度調査」『日本医業経営コンサルタント協会第19回学会大阪大会講演集』2016、pp.274-277。